

Le volvulus du côlon pelvien et son traitement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1936
par

Alexandre BIANCARDINI

né le 31 Mars 1908 à Batna (Département de Constantine)

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale.	Président.
CABANES, Professeur de clinique gynécologique.	Juges.
FERRARI, agrégé (Chirurgie).	
LACROIX, agrégé (Médecine).	

UNIVERSITÉ D'ALGÈR

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936. — N° 15

Le volvulus du côlon pelvien et son traitement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1936

par

Alexandre BIANCARDINI

né le 31 Mars 1908 à Batna (Département de Constantine)

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale.	Président.
CABANES, Professeur de clinique gynécologique.	} Juges.
FERRARI, agrégé (Chirurgie).	
LACROIX, agrégé (Médecine).	

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. LEBLANC (✱, ✱, I. ✱).
DOYEN HONORAIRE	HERAIL (✱, I. ✱).
ASSESSEUR	PINOY (✱, I. ✱).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✱, ✱, I. ✱).
Clinique gynécologique	CABANES ✱, ✱, I. ✱).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✱, ✱, I. ✱).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ✱, ✱, O. ✱).
Clinique médicale et Hygiène infantile	GILLOT (I. ✱).
Médecine légale	GIRAUD (O. ✱, ✱, I. ✱).
Clinique obstétricale et de puériculture du premier âge	LAFFONT (✱, ✱, I. ✱).
Anatomie	LEBLANC (✱, ✱, I. ✱).
Thérapeutique	LEBON (✱, ✱, A. ✱).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie	LOMBARD (✱, ✱, I. ✱).
Chimie biologique et médicale	N...
Pharmacie	MUSSO (✱, I. ✱).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✱, I. ✱).
Clinique psychiatrique	POROT (I. ✱).
Physique médicale	PORTES (✱, ✱, I. ✱).
Anatomie pathologique	POUJOL (✱, I. ✱).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✱, ✱, I. ✱).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✱, I. ✱).
Physiologie	TOURNADE (O. ✱, ✱, I. ✱).
Histologie et Embryologie	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie	WEBER (✱, ✱, I. ✱).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ✱).
Clinique ophtalmologique	N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✱, ✱, A. ✱) Agrégé d'Histologie

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✱, ✱, I. ✱). M. HÉRAIL (✱, I. ✱).

CHARGES DE COURS

Clinique oto-rhino-laryngologique

M. H. ABOULKER (✱, ✱, A. ✱)

AGREGES

Médecine	MM. BENHAMOU (✱, ✱, A. ✱).
Histologie	COURRIER (✱, ✱, A. ✱).
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ✱).
	FERRARI (I. ✱).
Accouchements	HOUEL (✱, ✱, I. ✱).
Médecine	LACROIX (A. ✱).
Chirurgie	MOGGI (✱, A. ✱).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✱).
Anatomie	RIBET (✱, A. ✱).
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	N...
Physiologie	N...

AGREGE LIBRE

Physiologie

M. BATTEZ.



NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
probation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse...

A LA MEMOIRE DES MIENS CHERIS

que la pensée anime en un pieux souvenir.

A MA MERE, A MON PERE

*dont la vie de labeur honnête m'est un
exemple; en témoignage de piété filiale et
de reconnaissance infinie pour les sacrifices
qu'ils se sont imposés.*

A MES SCEURS, MES BEAUX-FRERES, MES NIECES,

en gage de constante et fraternelle tendresse

A TOUS LES MIENS.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR G. OULIE,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Civil de Constantine

*Nous vous devons trop pour vous dire
simplement, ici, notre infinie reconnaissance
et notre respectueux attachement.*

*Notre seule ambition: nous montrer tou-
jours digne de votre confiance et de votre
affectueuse sollicitude.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR H. COSTANTINI
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

*Après nous avoir admis durant une année
à votre consultation de Chirurgie, et permis
ainsi de suivre votre lumineux enseignement,
vous nous avez fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence du Jury de notre thèse.*

*Nous vous prions de croire à notre respec-
tueuse reconnaissance et notre grande admi-
ration.*

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR E. CABANES,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Gynécologique

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI,
Professeur agrégé de Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR LACROIX,
Professeur agrégé de Médecine

*Vous nous avez prodigué votre précieux
enseignement et jugé à plusieurs reprises.*

*Nous garderons vivant le souvenir des
Maîtres érudits et bienveillants que vous avez
été pour nous, et nous vous prions de croire
à notre sincère gratitude.*

A NOTRE AMI LE DOCTEUR P. GUEDJ,

Chirurgien de l'Hôpital de Constantine

*qui fut toujours pour nous un aîné bien-
veillant, en témoignage d'amitié et de recon-
naissance pour ses amicaux et judicieux
conseils.*

A NOS MAÎTRES

DE LA FACULTE, DES HOPITAUX D'ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

A NOS AMIS,

LES DOCTEURS DUPUY, FISCHER, SAUTEREY, RAYNAL,
PERES, GRASSET, PARET, HUERTAS, SURMELY, DEISS,

compagnons d'études et de gardes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Tous les organes splanchniques mobiles peuvent, sous l'influence de diverses causes, se déplacer et occuper dans la cavité abdominale des situations anormales. Ces déplacements peuvent se faire dans tous les sens, et, lorsqu'ils se font autour d'un axe fixe, constituent des torsions.

Le côlon sigmoïde, organe libre par excellence, voit souvent sa mobilité accentuée, et de ce fait, est sujet à se tordre facilement autour de son méso, sur une longueur et avec un nombre de tours variables. La torsion complète constitue à proprement parler le volvulus du côlon sigmoïde.

La connaissance de cette affection remonte déjà loin, mais elle était confondue jusqu'en 1837 avec toutes les occlusions en général. ROKITANSKY le premier, mit de l'ordre dans cette question en décrivant, à cette époque, les diverses causes d'occlusion dans sa « classification des étranglement rotatoires ».

Il distingua le volvulus de l'ensemble de ce que l'on qualifiait alors d'iléus, de passion iliaque, de colique de miserere.

MACKENZIE, en 1848, publia les premières observations. TROUSSEAU en 1857 apporta sa contribution à cette étude, et, deux années plus tard, MELCHIORI révéla les résultats très intéressants de ses expériences sur le mécanisme de la torsion de l'anse pelvienne.

GIRALDES, DUCHAUSSOY, BESNIER, rapportèrent ensuite leurs remarques anatomo-pathologiques, et les relations d'observa-

tions se succédèrent jusqu'en 1894 où, ROUX DE LAUSANNE, avant VON WAHL, précisa le diagnostic de l'affection.

Entre temps, GRUBER, TILLAUX, LISCHTENSTERN avaient apporté des observations édifiantes.

La thèse d'ALLARD, en 1900, faisait le point de la question à cette époque. Vers 1902 une lumière nouvelle éclairait la pathogénie du volvulus, avec les discussions et les communications sur les adhérences du côlon gauche. QUENU, POIRIER, TESTUT y prenaient part.

L'année suivante, BREHM montrait, un an avant DUVAL, le grand rôle joué dans les troubles du transit intestinal par la mésentéroïdite rétractile. CATZ enfin, attirait l'attention sur les différentes formes que peut affecter le gros intestin iliaque.

Cependant, cette affection était opérée depuis déjà longtemps, car, dès 1890, les premières règles thérapeutiques étaient posées. JESSETT de LONDRES, fut le premier à décrire une technique opératoire, suivi bientôt par PERAIRE et LYOT.

ROUX et SENN plus tard, apporteront leur opinion sur ce chapitre.

Les interventions de plus en plus fréquentes créeront des conceptions nouvelles sur le mécanisme de la torsion.

TREVES, SHIFFERDECKER et DUVAL, étudiant l'évolution du côlon pelvien, et de son méso, les variations de longueur, de fixité, émettent des impressions nouvelles sur les prédispositions et le mécanisme du volvulus, que viendront compléter, dès 1888, les premières descriptions de la maladie de HIRSCHPRUNG. WILMS en 1906 écrit un article très documenté sur le volvulus de la flexure sigmoïde. Plus tard, quelques auteurs français en particulier reprennent la question, et les travaux de LECENE (1910), DUROUX (1912) et FINSTERER (1912) et la thèse de MAZET la même année, marquent une étape décisive dans l'étude de l'affection. FORGUE en 1920, suivi par GUIMBELLOT, y consacrent un article original très complet.

Enfin en 1926, à l'instigation de son maître MONDOR, ROSENFIELD consacrait son travail inaugural au diagnostic et traitement du volvulus pelvien.

C'était le point final mis aux discussions, dont la tribune de la Société Nationale de Chirurgie surtout, avait été le théâtre pendant l'année 1925.

Le traitement de la torsion de l'anse oméga était alors la principale préoccupation des auteurs. Nous ne citerons pas tous ceux-ci; mais disons cependant que LECENE, OCKINCZIC, ROUX-BERGER, apportèrent des conclusions très intéressantes.

Ainsi donc, si nous avons à l'heure actuelle des notions solides, et quasi définitives sur l'étiologie et la pathogénie de cette maladie, il n'en est pas de même en ce qui concerne la thérapeutique.

Dès 1930, la discussion reprenait après la communication de BOZON, et est encore ouverte actuellement, malgré la sérieuse mise au point de GOINARD, dont le travail a été rapporté et approuvé tout récemment à la Société Nationale de Chirurgie par OCKINCZIC.

Sur les conseils de notre Maître, le Docteur OULIÉ, chirurgien chef de l'Hôpital de CONSTANTINE, nous avons décidé de consacrer notre travail inaugural à l'étude si passionnante de ce sujet.

Durant notre internat, nous avons eu l'occasion de voir opérer une dizaine de volvulus, et d'en opérer deux nous-mêmes. La statistique du service s'étendant sur dix années comporte 29 interventions pour cette affection.

Nous essaierons d'apporter notre modeste contribution à la mise au point de la thérapeutique. Si les chapitres Anatomie, Etiologie, Pathogénie et Diagnostic risquent d'être des redites, nous tacherons par contre à propos du Traitement d'apporter

les données les plus récentes et les opinions les plus autorisées. Pour plus de clarté et de simplicité, nous envisagerons dans des paragraphes séparés les diverses techniques proposées, avec les observations publiées, les résultats obtenus et les réflexions qu'elles ont fait naître.

Enfin nous essaierons de conclure.

CHAPITRE II

EMBRYOLOGIE

CHAPITRE II

EMBRYOLOGIE

Le développement du côlon sigmoïde et de son méso répondent à des processus extrêmement simples. Pour bien comprendre l'évolution de ces formations, il faut avoir, présentes à l'esprit, quelques notions sommaires sur l'Embryologie des intestins.

On connaît les premiers stades du Tube digestif: la définition d'une paroi entodermique dorsale dès la fin de la gastrulation où commencent à se dessiner les organes axiaux sur la ligne de recul du sillon primitif; en avant la cavité intestinale s'ouvre alors largement dans la vésicule ombilicale. L'Entoderme est doublé latéralement par le feuillet splanchnique du coelome. Quand la tâche embryonnaire se sépare de ses annexes pour constituer l'embryon, le tube digestif acquiert une paroi ventrale.

D'autre part, le coelome, qui deviendra dans ces régions le péritoine, ne tarde pas à s'insinuer dorsalement, de chaque côté, en arrière de la paroi entodermique dorsale qu'il éloigne de plus en plus du tube nerveux. Le tube digestif se trouve ainsi pédiculisé; en effet une lame mésodermique a subsisté qui sépare les cavités coelomiques droite et gauche en arrière de l'entoderme : c'est le *mésentère postérieur*.

Beaucoup plus mobile désormais, le canal alimentaire s'allonge; différents segments s'y reconnaissent de mieux en mieux. Suivant les régions, le méso portera le nom de mésogastre, méso-duodénum, mésentère proprement dit, mésocôlon, mésorectum.

Laissons de côté l'évolution de l'estomac, du duodénum et de la séreuse qui les revêt. L'anse intestinale nous retiendra davantage. Elle a deux points fixes: l'angle duodéno-jéjunal et le cloaque. On lui distingue deux branches: l'une supérieure qui prolonge le duodénum, l'autre inférieure qui se continue avec le rectum, le sommet de l'anse rattache l'intestin à une vésicule ombilicale, désormais petite, située loin de l'embryon, accolée au placenta. Libre en avant et latéralement à l'intérieur de la cavité péritonéale, l'anse est amarrée à la paroi postérieure par un mésentère qui va se développer considérablement.

L'anse effectue, à mesure qu'elle s'allonge, un mouvement de torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre: la branche supérieure devient droite puis inférieure (branche jéjuno-iléale); la branche inférieure devient gauche puis supérieure (branche iléo-colique), elle seule nous occupera. Sur cette branche iléo-colique, à peu de distance du sommet de l'anse, un petit diverticule apparaît, c'est le bourgeon caecal qui marque la limite entre l'intestin grêle et le gros intestin. L'anse se tasse sur elle-même tandis qu'elle se développe; la portion correspondant à l'intestin grêle refoule en s'allongeant le bourgeon caecal dans l'hypochondre droit (origine du côlon ascendant), la branche supérieure se met en position transverse pour donner le côlon transverse; la position descendante qui lui fait suite va former le côlon descendant; enfin la dernière partie, qui se jette dans le rectum, s'incurvera en décrivant une fléxuosité qui l'amène dans la fosse iliaque gauche jusqu'à la ligne médiane: c'est l'anse sigmoïde qui pourra être plus ou moins longue suivant les individus. Une fléxuosité anormalement marquée se rencontre dans les cas de mégasigmoïdes congénitaux. Le processus de cette malformation se conçoit donc comme le résultat d'un hyper-allongement de cette portion du tube digestif.

Suivons maintenant l'évolution du méso postérieur correspondant à l'anse primitive: le mésentère proprement dit, resté libre et flottant, ne nous intéresse pas. Pour les mésocolons, des processus d'accolement vont se poursuivre à partir du troisième

mois. Il se produit une adhérence entre la surface du mésocolon ascendant et la paroi abdominale postérieure. Le côlon transverse, qui se soude au feuillet postérieur du repli gastro-colique, (formation péritonéale qui a évolué avec l'estomac) conserve une certaine indépendance vis-à-vis de la paroi postérieure grâce à la persistance du mésocôlon transverse. Le mésocôlon descendant et sigmoïde refoulé du côté gauche par les anses grêles contracte des adhérences avec la paroi postérieure. Le mésorectum reste court, épais, et se perd dans le tissu conjonctif du bassin. Il convient d'insister sur l'assez grande variabilité de ces processus d'accolement suivant les individus.

Ces données embryologiques nous permettent de mieux concevoir :

1° Qu'il puisse exister des côlons sigmoïdes plus ou moins longs.

2° Que la mobilité des côlons sigmoïdes puisse être plus ou moins grande — créant ainsi une prédisposition congénitale à sa torsion pathologique.

CHAPITRE III

ANATOMIE

CHAPITRE III

ANATOMIE

Pour bien comprendre comment peut se faire la torsion de l'anse sigmoïdienne, il faut en connaître la forme, la disposition et les rapports. La description succincte que nous allons en donner est empruntée en grande partie à TESTUT et à POIRIER, car nous ne pouvions avoir la prétention de faire, sur ce point, œuvre inédite et personnelle.

« Le côlon ilio pelvien, dit TESTUT (côlon iliaque ou S ilia-
« que du côlon de nos auteurs), anse sigmoïde de quelques
« anatomistes anglais ou allemands, anse oméga de TRÈVES
« fait suite au côlon descendant et s'étend de là, jusqu'au
« rectum qui le continue. Sa longueur, extrêmement variable
« suivant les sujets, est, en moyenne, de 35 à 45 centimètres
« d'après les mensurations de JONNESCO, de 27 centimètres
« seulement d'après celles de DUVAL; ce dernier observateur a
« trouvé 58 centimètres dans un cas, 14 centimètres dans un
« autre comme chiffres extrêmes. TARENETZKY, étudiant la lon-
« gueur du côlon ilio pelvien dans différentes races humaines,
« est arrivé à cette conclusion que ce segment du gros intestin
« était plus court dans les races supérieures que dans les races
« inférieures ». Pierre GOINARD et TORREILLES, examinant 23
cadavres d'Indigènes à l'Amphithéâtre des Hôpitaux et au Labo-
ratoire d'Anatomie de la Faculté d'Alger, ont trouvé 17 fois un
dolichosigmoïde.

« Il est aussi plus court chez l'enfant que chez le nouveau-
« né, plus court chez l'adulte que chez l'enfant, ce qui fait dire
« à DUVAL que le côlon ilio pelvien est un intestin en voie

« d'évolution, et qu'il tend vers une diminution manifeste de
« sa longueur.

« A son origine le côlon pelvien est situé dans la
« fosse iliaque interne du côté gauche; mais il passe bientôt
« dans le bassin, qu'il occupe dans la plus grande partie de
« son étendue. Le côlon ilio pelvien est rattaché à la paroi
« postérieure de l'abdomen et du bassin par un repli du péri-
« toine, le mésocôlon ilio pelvien, sur lequel nous aurons à
« revenir. »

Si nous le suivons depuis son origine, nous voyons que le côlon se dirige verticalement de haut en bas, en suivant à peu de chose près la même direction que le côlon lombaire gauche. Il descend ainsi « le long du bord externe du psoas, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, quelquefois plus bas, jusqu'au voisinage de cette arcade. S'infléchissant alors en dedans, il croise transversalement le psoas, atteint son bord interne, et passe dans l'excavation pelvienne qu'il traverse de gauche à droite. Arrivé au bord droit de cette cavité, à la fosse iliaque droite par conséquent, il s'infléchit une dernière fois sur lui-même, et, se portant obliquement en bas, en arrière et en dedans, il vient se continuer avec le rectum au niveau de la troisième vertèbre sacrée ».

Cette disposition, dans laquelle, la plus grande partie du côlon sigmoïde occupe l'excavation pelvienne, est la plus fréquente, et JONNESCO et PÉRIGNON s'accordent, pour dire avec TESTUT, qu'elle doit se rencontrer neuf fois sur dix.

La constitution anatomique de cette partie du côlon est exactement semblable à celle de tout le gros intestin. Elle comporte comme lui, une muqueuse, une muscularis mucosæ, une celluleuse, une musculieuse et une séreuse, dont nous reparlerons surtout au chapitre de l'Anatomie Pathologique. Notons enfin, que sur l'anse pelvienne, les bandelettes musculaires qui sont au nombre de trois sur tout le côlon ne sont plus ici que deux; une antérieure et une postérieure.

Le côlon sigmoïde offre les rapports suivants: sa portion iliaque « *en avant*, à l'état de vacuité, est séparée de la paroi abdominale antérieure par une masse d'anses grèles, alors qu'elle est en rapport étroit avec elle, dès qu'elle se trouve remplie.

« *En arrière*, le côlon iliaque repose successivement sur le muscle iliaque dont il est séparé par le fascia iliaca, sur le muscle psoas, dont il est séparé par le même feuillet aponévrotique; sur les vaisseaux iliaques externes, qui longent le bord interne du psoas. »

« La portion pelvienne repose, par sa face inférieure, sur les organes que renferme le bassin ou bien entre ces organes: chez l'homme, sur la vessie ou entre la vessie et le rectum; chez la femme, au-dessus de la vessie et de l'utérus, ou bien dans l'un des deux culs-de-sac vésico-utérin ou recto-vaginal. »

Les autres points de la circonférence de l'anse oméga entrent évidemment en contact avec toutes les anses grèles.

Il faut, d'autre part, savoir que ces rapports, du fait de la mobilité du sigmoïde, peuvent être très facilement modifiés par l'état de réplétion ou de vacuité des organes voisins.

L'étude de la séreuse du côlon pelvien va nous retenir quelque peu. « C'est à la persistance de la dernière partie du mésentère terminal, à la racine médiane et sagittale » que le colon doit de rester flottant. « A cette racine primitive s'adjoint une racine secondaire, branchée obliquement à gauche de la ligne médiane, et correspondant à la limite de la soudure du mésocôlon iliaque primitif avec le péritoine. La racine secondaire suit le trajet des vaisseaux iliaques communs et externes, longe le bord médial du psoas croisant superficiellement l'uretère et les vaisseaux spermatiques gauches. Elle s'abaisse dans le bassin quand une partie de l'anse descendante du côlon pelvien et de son méso se soudent à la paroi pelvienne.

« En résumé, le mésocôlon pelvien possède une racine définitive angulaire et a la forme d'un segment de cercle

« dont la circonférence est marquée par l'intestin. Il contient
« dans son épaisseur les trois artères sigmoïdes, divisions de
« la colique gauche inférieure, qui se porte vers l'intestin en
« divergeant comme trois nervures de la feuille méso colique.
« L'artère sigmoïde supérieure ou gauche, répond généralement
« à la racine secondaire ou gauche du mésocôlon pelvien. L'ar-
« tère sigmoïde droite chemine près de la racine primitive
« parallèlement à la fin de la mésentérique inférieure. Le méso-
« côlon pelvien fixé: à son sommet sur la ligne médiane par ses
« deux racines à la margelle du bassin et comme une hotte qui
« recouvre l'excavation pelvienne et y descend.

« L'artère sigmoïde moyenne occupe la partie flottante du
« méso. »

Le processus d'accolement péritonéal tend à rapprocher la racine secondaire de la racine primaire, et le méso devient ainsi de plus en plus court. Ce processus normal n'a pas toujours lieu. Le côlon ilio pelvien de l'adulte peut garder le type du côlon libre du nouveau-né. Il en résulte une anse longue à long méso, prédisposée à la torsion sur l'axe.

Les veines du côlon sigmoïde suivent, à peu de chose près, le chemin inverse de celui des artères.

Les lymphatiques vont se jeter en arrière dans les ganglions qui se trouvent sur le bord adhérent du sigmoïde.

Les nerfs proviennent du plexus lombo-aortique par les plexus qui entourent les trois coliques gauches.

Nous venons de donner la description du côlon pelvien normal. Malheureusement, dans les cas qui nous intéressent, il s'agit toujours d'anomalies soit acquises, soit congénitales. Ces dispositions anormales peuvent tenir:

A la trop grande mobilité;

A la trop grande longueur du côlon en ses divers segments.

« La trop grande mobilité provient d'un défaut d'accolement. Elle est très défavorable au fonctionnement régulier de l'intestin. »

« Chez les vieillards, disent TESTUT et JACOB, sous l'influence de la stagnation des matières, le méso ilio pelvien subit un allongement véritable et peut atteindre de 20 à 23 centimètres. »

Sans mettre en cause la stagnation des matières, nous savons qu'il existe des côlons anormaux congénitalement et on peut les trouver aussi chez les enfants.

« Cette longueur excessive a été désignée par AUBOURG, sous le nom de « Dolichocôlon ». Cette anomalie a été découverte par la radiologie intestinale. Elle est toujours associée à la mobilité de l'intestin.

De ce que nous venons de voir, nous pouvons conclure que le côlon sigmoïde « étant une anse de forme, de longueur, de mobilité et de situation topographique infiniment variables, il est irrationnel de poser théoriquement des lignes d'incision immuables, de la rechercher toujours dans la région iliaque gauche, sur la ligne médiane, au-dessus du pubis. Le côlon pelvien se présente donc au chirurgien comme doué d'une mobilité extrêmement variable, si bien que chaque cas se présente différemment à la technique chirurgicale. » (P. DUVAL.)

CHAPITRE IV

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

CHAPITRE IV

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Le volvulus consiste dans la torsion de l'anse colique sur l'axe de son mésentère. Cette rotation est susceptible de se faire dans le sens des aiguilles d'une montre ou dans le sens contraire.

Elle peut être complète ou totale, d'un ou de plusieurs tours, ou encore simplement partielle. De nombreux cas de torsion incomplète ont été signalés par POTAIN et CHARCOT.

Nous ne nous attarderons pas à l'étude de ces torsions incomplètes, car, si elles rentrent dans le cadre des anomalies de situation de l'anse, elles ne présentent jamais de tableau clinique comparable à celui qui nous intéresse. Malgré l'opinion de RENDU qui prétend que l'inclinaison à droite ou à gauche du sujet porteur d'une telle anomalie peut entraîner la création d'un volvulus, nous laisserons de côté cette éventualité pour envisager uniquement la torsion complète qui crée elle, un barage infranchissable.

Nous avons dit que la torsion pouvait se faire dans un sens ou dans l'autre. Cela a permis à POTAIN de décrire deux sortes de rotation par rapport à la position du rectum :

type de rectum en avant,

type de rectum en arrière.

« Dans la variété rectum en avant, la portion iliaque du côlon passe derrière le segment présacré puis revient devant

lui; dans la variété rectum en arrière, le segment iliaque passe au contraire devant le segment présacré pour le contourner sur son bord droit et s'enrouler derrière lui. Dans le premier cas l'enroulement du côlon iliaque a lieu d'arrière en avant, dans le second, d'avant en arrière ». Pour LIEBAUT c'est la variété rectum en avant qui se rencontre le plus souvent.

Il peut arriver aussi, qu'au lieu de se faire autour de son méso, la rotation ait lieu, avec comme axe fixe, une bride de mésentérite rétractile.

A cet enroulement du méso font suite des lésions portant sur l'intestin, sur le méso lui-même et sur son contenu. Nous commencerons par étudier, pour respecter l'ordre chronologique des faits, les lésions qui précèdent ou qui sont contemporaines de la naissance du volvulus.

« L'altération viscérale qui précède le volvulus frappe surtout le méso ». Il s'agit d'un processus de rétraction inflammatoire: la mésosigmoïdite fibreuse, affection chronique du mésocôlon pelvien.

VIRCHOW fut le premier à donner une description de cette « mésentérialschrüenfung der fléxura sigmoïdée ». Il la considère comme la séquelle d'une péritonite localisée au mésocôlon.

LEISHTENSTERN, CURSHMANN ont formulé leur opinion en se ralliant à celle de VIRCHOW et, HAUSEMAN et GRASER ont soigneusement décrit ces lésions. Toutes les variétés peuvent se rencontrer, depuis le simple voile, large, jusqu'aux bandelettes, aux brides plus ou moins étroites et serrées. Ces adhérences ont tendance à accoler et à rapprocher d'elles les deux branches de l'anse oméga, ou de la fixer à la paroi pelvienne, ou aux organes voisins, dans des positions propices à la bascule de l'anse.

Elles sont d'aspect inflammatoire avec rétraction d'épaisseur irrégulière, et absence d'élasticité.

« Le méso a perdu sa souplesse, il est épais, tendineux, blanchâtre, les vaisseaux coliques disparaissent étouffés qu'ils

sont par le tissu cicatriciel. Par la rétraction de l'anse les deux extrémités se rapprochent et très souvent, des adhérences s'établissent entre elles, qui donnent à l'anse la forme d'un double canon de fusil » (CATZ).

BREHM qui fit en 1903 un travail d'ensemble sur la question estime que cette mésosigmoïdite se retrouve 12 fois sur 20. Pour notre part, il nous semble qu'elle a été retrouvée chez presque tous nos malades, à des degrés différents.

Cette rétraction a lieu presque toujours dans le même sens, transversalement. Elle est maxima aux racines du côlon, si bien que le méso prend alors l'aspect d'un éventail. Le début de la lésion se résume en une infiltration du mésosigma qui, peu à peu, « s'épaissit, se durcit, se trouve envahi par de la sclérose qui rétrécit le calibre des vaisseaux ».

« Entre les deux jambes de la courbe sigmoïde se forment « des commissures fibreuses, des néo-membranes denses. La « rétraction mésentérique tend à rapprocher les deux jambes « de l'anse et ce rapprochement s'accentue surtout au niveau « du pied de l'anse, ainsi véritablement entravée » (FORGUE). C'est le premier degré de RIEDEL.

Le processus peut être poussé beaucoup plus loin, si bien que, la rétraction se faisant sur toute la hauteur de l'anse, celle-ci apparaît comme constituée par deux segments coliques parallèles, accolés, et retenue à la paroi abdominale par un pédicule étroit. Il faut s'empresse d'ajouter que cette deuxième variété — le deuxième degré de RIEDEL — est malgré tout assez rare, et pour notre part, sur 29 observations nous ne l'avons jamais rencontrée.

Entre les deux éventualités extrêmes que nous avons décrites, il faut situer tous les cas intermédiaires.

Lorsque l'on examine de très près les feuillets péritonéaux on peut, très souvent, constater qu'ils sont presque intacts et qu'il suffit de sectionner les ponts néoformés entre les deux

bords coliques pour redonner au mésocôlon l'ampleur qu'il avait avant tout début de troubles.

Malgré cette remarque, lorsque les lésions sont anciennes et qu'elles sont organisées, il ne peut plus être question de libérer le méso qui est « épaissi, dur, rigide, blanc comme un tendon, et dont la richesse en vaisseaux est diminuée », ou réduit à l'état d'un « cordon vertical dur, scléreux coupé de brides transversales ».

Cette inflammation chronique, entraînant les lésions de mésentérite, cause favorisante du volvulus, demande un temps assez long pour causer de pareils dégâts. On ne doit pas malgré cela, aller jusqu'à dire, avec BREHM, qu'il faut attendre en moyenne 53 ans, pour le voir arriver à cette période d'activité néfaste.

Les enfants peuvent en être porteurs et l'un d'eux opéré dans le service, possédait un méso sur lequel la mésentérite rétractile avait déjà fait son œuvre.

Il paraît assez logique d'admettre pour cette lésion — du fait de la coprostase — une origine colique, qui entraînerait, dit GLASER, « la production dans l'épaisseur même du méso de faux diverticules par pulsion, dont l'inflammation se transmettrait à tout le méso ».

VIRCHOW l'explique par une péritonite localisée, et RIEDEL considère la mésentérite comme une lésion primitive, et cherche une raison dans le fait que les « lésions maxima du méso sont sur les points les plus éloignés du bord intestinal ».

W. KOCH n'admet pas qu'on la considère comme une maladie inflammatoire mais simplement comme une anomalie dans le processus de l'accolement, et de la rétraction que doit subir durant la vie l'anse oméga.

Le volvulus est un « iléus de strangulation » le mésentère et les vaisseaux et nerfs qu'il contient sont donc lésés ».

Le méso peut en certains points être le siège d'infiltrations et de petits hématomes sous-séreux. De par la torsion, les vais-

seaux sont partiellement ou complètement oblitérés. Les veines se thrombosent très facilement. L'irrigation de l'anse se faisant dès lors très mal, le sphacele s'installe peu à peu, et il est courant de trouver après laparotomie une anse en voie de nécrobiose, lorsque la striction est serrée, et que l'intervention n'a pas eu lieu rapidement après le début des troubles.



FIGURE N° I

L'anse étant très souvent congénitalement longue, il résulte de l'étranglement qu'un énorme ballon ou une véritable chambre à air de pneu d'automobile gonflée, occupe tout l'abdomen, refoulant en haut, à droite et à gauche les viscères ce-

cupant la cavité abdominale. Les dimensions de cette portion d'intestin deviennent parfois considérables.

Nous avons aidé un jour à opérer un enfant indigène de 12 à 14 ans, dont l'anse volvulée mesurait en sa partie moyenne 60 centimètres de circonférence (figure n° 1). Cela dépasse déjà l'étonnante observation de MELCHIORI qui avait trouvé une anse ayant 40 centimètres de pourtour.

La paroi est presque lisse, car la surdistension a amené les bandelettes musculaires à un tel degré d'élargissement et d'effacement qu'il est parfois difficile de les repérer.

Mais les lésions sont souvent moins accentuées; l'anse n'est que doublée de volume et conserve son aspect normal, les bandelettes sont aplaties, élargies, étirées.

Ce « gonflement » du côlon sigmoïde fait que les viscères abdominaux sont refoulés, écrasés contre la paroi.

Le diaphragme est soulevé, ce qui explique la gêne respiratoire et la dyspnée que l'on observe très souvent chez les malades atteints de volvulus.

L'état de l'anse, après laparotomie, est très variable. Parfois, dans les cas heureux, lorsque la striction du pied de l'anse n'est pas trop forte, celle-ci légèrement dilatée, a conservé à peu de chose près sa couleur normale; tout au plus est-elle le siège d'une légère hyperhémie, et d'une inflammation discrète. Le barrage dû à la torsion peut, on le conçoit, être total pour les gaz et les matières, sans pour cela que la torsion du méso ait été suffisante pour entraîner l'occlusion des vaisseaux qu'il contient.

Ce tableau ne se rencontre, malheureusement pas très souvent dans nos régions, où l'indigène musulman — qui constitue la quasi totalité des malades — arrive à l'hôpital lorsqu'il est en occlusion depuis six à dix jours.

Il nous arrive alors souvent de découvrir une anse et un méso dans lesquels la circulation est arrêtée depuis le début

des accidents; on note alors une couleur rouge foncé, parfois « aubergine » avec, de place en place, des petits îlots d'infarctissement noirâtres faisant pressentir la nécrobiose, la gangrène, la perforation. A ce propos, il est curieux de noter avec FORGUE, que les « lésions de la paroi tiennent moins au degré mécanique de la torsion, qu'aux altérations vasculaires de la mésosigmoïdite préexistante et aux troubles circulatoires qui en sont l'objet. A égalité de torsion mésentérique, les lésions pariétales seront très inégales selon le degré de perméabilité des vaisseaux du méso ».

Il arrive, lorsque la torsion est accentuée, que les vaisseaux soient tellement comprimés, qu'une ischémie accompagnée de stase veineuse se produise.

On voit alors cette anse « aubergine » dilatée, fixée par son pied au niveau du détroit supérieur dans la moitié gauche de l'abdomen, présenter toutes les lésions de l'étranglement intestinal.

Il ne faut pas s'étonner de voir se produire, au niveau du sillon sus-jacent à la striction, des perforations déclanchant souvent une péritonite hyperseptique contre laquelle échoue en général toute thérapeutique.

Nous noterons, en passant, qu'il est courant de trouver des signes de péritonite par propagation assez loin de l'anse et de son méso, sans pour cela que la déchirure ou la perforation aient eu lieu.

Seules, croyons-nous, deux observations de ESAÛ et CHALIER, signalent la rupture de côlon par éclatement dû à la surpression des gaz à l'intérieur du ballon colique.

A côté de ces lésions macroscopiques, il faut signaler ce que le microscope nous permet de déceler.

LECÈNE dans la publication d'une de ses observations écrivait: « Sur une coupe au niveau d'une boucle de côlon dilaté,

la paroi intestinale est tellement amincie que les fibres musculaires sont très diminuées de nombre et surtout les fibres élastiques; la muqueuse est aplatie, amincie et son appareil lymphoïde moins développé qu'à l'état normal ».

Nous empruntons à GUILLAUME cette description:

« Histologiquement, comme l'ont montré CORNIL et TCHISTOWICH, on constate au début, aux points étranglés, une stase sanguine considérable. La sous-muqueuse est infiltrée de globules rouges et blancs et c'est bien, comme le montrent BOSC et BLANC cette infiltration hémato-leucocytaire sous-épithéliale et intra-épithéliale qui est le phénomène initial; la muqueuse enflammée s'est dépouillée de son épithélium qui desquame par plaques et les glandes sont en voie de dégénérescence granuleuse et vacuaire et même de nécrose. Les couches profondes montrent des processus intenses de diapédèse avec altération des fibres musculaires.

Là où la lésion est à son maximum l'épithélium est détruit, les villosités sont nécrosées superficiellement, les vaisseaux interglandulaires sont rompus et infiltrés de sang les régions voisines formant ainsi de véritables lacs hémorragiques qui mettent en communication les infiltrats de la muqueuse et de la sous-muqueuse, les artérioles sont thrombosées; congestion et diapédèse sont surtout prononcées au voisinage des plexus d'AUERBACH entre les deux couches musculaires.

Chronologiquement, ces lésions évoluent avec des caractères identiques tant dans l'occlusion observée chez l'homme que dans l'occlusion expérimentale ».

« Un fait mérite d'être souligné, il a trait au passage des microbes au travers de la paroi intestinale; je n'insisterai pourtant pas ici sur ce point qui sera étudié plus complètement ultérieurement, disons seulement que les recherches histologiques et bactériologiques ont, depuis longtemps, démontré cette traversée pariétale; sans qu'il y ait perforation les microbes peuvent ainsi gagner le péritoine. Il semble que la pénétration en

masse des microbes dans l'épaisseur des tuniques de la paroi, soit consécutive aux phénomènes de desquamation épithéliale de la muqueuse.

« L'épithélium est donc la première barrière que les bactéries ont à franchir; la musculuse résiste davantage, mais, quand apparaissent la nécrose et l'hémorragie ils se rencontrent partout.

A ce moment la pénétration microbienne est directe; auparavant elle empruntait la voie vasculaire ». La lumière de l'intestin contient une exsudation séreuse plus ou moins abondante parfois hémorragique. Elle est cause de cette putréfaction qui donne un grand dégagement de gaz qui dilatent l'anse.

Les lésions du péritoine sont aussi très apparentes, bien que très variables par rapport à la durée de l'évolution de l'étranglement.

GANDOLPHE, BONNECKEN, ont montré que la cavité péritonéale se comporte comme un sac de hernie étranglée et qu'elle contient toujours une sérosité séreuse, citrine ou sanguinolente qui est aseptique au début mais peut, par la suite, recevoir les microbes passés au travers de la paroi intestinale. Cela explique l'apparition possible de péritonite sans solution de continuité macroscopique dans cette paroi.

Les lésions de l'intestin se retrouvent aussi à quelque distance de l'étranglement.

« La muqueuse est abrasée, les éléments cellulaires désquamés ».

Les parois sont le siège d'un œdème inflammatoire, une congestion pariétale qui sont deux facteurs très fâcheux pour la vitalité de la paroi.

Au point de vue des interventions dit GUILLAUME ces faits sont à retenir, en particulier en ce qui concerne les sutures que l'on est appelé fréquemment à pratiquer sur la paroi intestinale.

Enfin, nous signalerons pour terminer, les répercussions de cette occlusion sur les autres appareils. Le foie, les reins et aussi les poumons sont atteints plus ou moins profondément.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

La fréquence du volvulus du côlon sigmoïde est un fait bien établi; elle s'explique d'ailleurs aisément par la situation anatomique toute spéciale de cette portion du côlon et de son méso.

Par contre, sa fréquence par rapport aux autres causes d'occlusion est plus difficile à préciser: ainsi, d'après TRÈVES, le volvulus du côlon pelvien représente les deux tiers des cas d'occlusions.

Deux statistiques importantes donnent des chiffres très inférieurs. Celle de GUIBE, en 1907, comporte 392 volvulus pour 2.315 occlusions, soit 16%; de même celle de WORTMANN, en 1924, se rapproche de ce chiffre: 422 volvulus pour 3.461 occlusions, soit 12,5%.

Les travaux groupent les occlusions opérées et publiées par des Chirurgiens de l'Europe entière, mais nous verrons qu'il est des pays où le volvulus du sigmoïde est incomparablement plus fréquent.

Il suffit de séparer de ces statistiques globales celles des Chirurgiens de l'Europe Centrale et Orientale pour s'en rendre compte.

STELKER, par exemple, à l'Hôpital de Saint-Petersbourg, note 25% de volvulus, et cette proportion est une des plus faibles. MARCINKOWSKY trouve une fréquence de 47%, et FALTIN, d'Helsingfors, opère 78 volvulus sur 142 occlusions, soit 51%.

Ce nombre important de torsions de l'anse oméga se répartit d'ailleurs sur un petit nombre d'années.

JANKOWSKY, à Riga, en relève 48 cas en dix ans, et ACHMATOWICZ, 61 en 15 ans.

Cette notion de la fréquence du volvulus dans les pays balkaniques, en Pologne, et en Allemagne est classique,

Nous croyons que l'importance de cette affection en Afrique du Nord est moins connue. Cependant le Docteur OULIÉ, ses assistants et internes ont opéré à l'Hôpital de Constantine 29 volvulus en dix ans, ce qui représente, à notre connaissance, la plus forte statistique de langue française pour un même service. Encore sommes-nous loin de voir tous les cas qui se présentent, et un de nos amis, Médecin de Colonisation, nous affirmait en avoir observé plusieurs des plus typiques chez des berbères incultes de l'Aurès, qui avaient préféré la mort à leur évacuation sur un centre chirurgical.

Voilà des statistiques qui sont loin des cas isolés publiés en France, où le volvulus est considéré comme une rareté. Cependant, MONDOR et son élève ROSENFELD font remarquer que cette rareté n'est peut-être qu'apparente.

« Que de fois, écrit MONDOR, les choses ont dû se passer de la façon suivante: un vieillard est pris d'occlusion, il a déjà eu des crises, c'est sans doute une occlusion cancéreuse... On fait un anus iliaque, cæcal ou anonyme... Continuation du sphacèle, péritonite, mort. L'autopsie manquant, le cas reste étiqueté cancer sténosant. »

Pourtant, les laparotomies au cours des occlusions deviennent de plus en plus fréquentes et les observations de volvulus restent rares. Il faut donc retenir la fréquence de cette affection dans certains pays.

Cette distribution géographique a peut-être son importance, et on a voulu faire intervenir la question de race. En effet, dans les statistiques slaves, on est frappé du nombre

d'Israélites porteurs de volvulus du sigmoïde (KUSTNEZOW) à tel point que FORGUE a pu écrire: « La moitié des cas concernent des Israélites ».

SPASSOKOUKOTZKY montre que le volvulus est avant tout, là-bas, une maladie de l'homme famélique, qui se livre à un repas copieux après un jeûne prolongé; SILBERBERG apporte des observations qui illustrent cette conception; le volvulus fréquent des populations juives de Russie s'observe tout particulièrement après le jeûne rituel. Il n'en est pas de même dans notre statistique, où, malgré l'importance de l'élément israélite à Constantine et dans la région, nous ne relevons qu'un volvulus chez un Israélite contre 28 chez des Indigènes musulmans.

Ces considérations s'appliquent d'ailleurs au dolichosigmoïde qui n'est autre, en réalité, que la cause première du volvulus, et c'est rechercher l'étiologie de la torsion que rechercher celle de l'allongement de cette anse.

La théorie de la congénitalité est celle qui explique le mieux l'allongement du sigmoïde sans cependant donner les raisons de cette irrégularité de développement, localisée en particulier sur le colon pelvien.

C'est là qu'interviennent probablement des raisons ethniques. On sait qu'on a fait jouer un rôle important dans cette anomalie à des causes tenant à la race (variabilité du tube digestif selon les races, ou les habitudes alimentaires ancestrales). Nous croyons que ces dernières doivent être placées au premier plan de l'étiologie, car nous retrouvons le volvulus sigmoïdien avec prédominance chez les peuples ayant conservé leurs habitudes ancestrales et ne s'étant pas fusionnés avec la nation dominatrice (Israélite de l'Europe Centrale groupés en ghettos, Indigènes musulmans vivants dans leurs montagnes, loin de la civilisation européenne).

Il nous semble que c'est vers le point de vue de l'alimentation que doivent être orientées les recherches sur l'étiologie du dolichocôlon sigmoïde, mais ceci demande des statistiques

importantes et des recherches poursuivies longtemps pour être établi avec précision. Nous ne faisons là qu'émettre une hypothèse personnelle.

A côté de cette théorie congénitale, LARDENNOIS et AUBOURG pensent que dans certains cas, il existe des dolichocôlons acquis par troubles inflammatoires: colites en particulier.

On découvre souvent la dolichocolie chez les constipés observés à l'écran, mais il est difficile de dire si c'est un côlon atteint de colite chronique qui a tendance à s'allonger ou si cet intestin, primitivement sain, devient malade parce qu'il est plus long que la paroi abdominale sur laquelle il doit s'appuyer.

Quoiqu'il en soit, un autre élément doit être mis en évidence dans l'étiologie du volvulus du côlon sigmoïde, c'est la fréquence dans le sexe masculin: 77% d'après KUHN.

SPASSOKOUKOTSKY ne trouve que 4 femmes sur 47 cas de volvulus.

TRÈVES, dans sa statistique, calcule que le rapport des hommes aux femmes est de 80 à 20, et nous observons pour nos malades 100% d'hommes.

La prédominance de cette affection dans le sexe masculin étonne, à juste titre, ROSENFELD, la constipation étant surtout l'apanage de la femme.

Il est classique par ailleurs de considérer le volvulus comme une affection survenant à un certain âge, entre 40 et 60 ans (LISHTENSTERN). Mais il ne s'agit là que d'une fréquence relative car on observe actuellement cet accident même chez l'enfant et le nourrisson. Les observations de PESCATOR, KREDEL, VEAU, FÈVRE, sont là pour nous le démontrer, et nous-mêmes en avons observés à l'Hôpital de Constantine.

Telles sont les causes prédisposantes de la torsion de l'anse oméga dans l'état actuel de nos connaissances. Voyons maintenant quels en sont les éléments déterminants.

Nous laisserons de côté les crises à répétition de coliques abdominales qui sont, en réalité, des ébauches de torsion, et la notion importante de l'existence d'une méso-sigmoïdite rétractile sur laquelle nous reviendrons au cours de l'étude de la pathogénie.

On a voulu faire intervenir un violent effort (KIRNEL), ou même un changement brusque de position.

Chez la femme on a fait jouer un rôle à la gestation. Les observations de MORESTIN, GREEN, LAMPE avaient déjà attiré notre attention sur ce point et MATRY, tout dernièrement, a signalé à ce sujet une observation intéressante de deux crises de volvulus survenant au cours de deux grossesses consécutives. Enfin, une notion qu'ACHMATOWICZ signale, sans s'y attarder, c'est celle de la saison où l'on voit apparaître cette affection. Dans son travail il remarque que le plus grand nombre de ses opérés a été envoyé à l'hôpital pendant les mois d'été. C'est ce que nous avons observé pour nos malades.

Nous croyons pouvoir expliquer ce fait en constatant qu'il s'agit de races pauvres chez lesquelles les mois d'été, mois d'abondance, sont aussi les époques d'excès alimentaires, et partant de troubles intestinaux.

En résumé le volvulus du sigmoïde survient en général chez des hommes âgés de 40 à 60 ans vivants en groupes et dont les habitudes alimentaires ancestrales ont entraîné un allongement — congénital le plus souvent — du côlon sigmoïde qui vient à se tordre sous une influence occasionnelle quelconque.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

La production du volvulus exige deux conditions :

a) un côlon anormalement long ou dolichocôlon, anormalement dilaté ou mégacôlon;

b) une cause efficiente produisant la torsion.

Il faut tout d'abord expliquer la pathogénie de ces malformations pour pouvoir comprendre le mécanisme de la volvulation qui, en lui-même, est relativement simple.

Des théories nombreuses ont essayé d'expliquer ces troubles du développement de l'anse oméga. Les premières constatations de cette longueur anormale avaient été faites par AUBOURG, grâce à la radiologie. Il l'avait désignée du nom de dolichocolie. MARFAN, de son côté, avait signalé le même fait chez des nourrissons dyspeptiques.

Certains auteurs, tels LÉGER, RENDU, POTAIN, accordent aux troubles fonctionnels du côlon, et à la constipation en premier lieu, un rôle prépondérant dans cet allongement. Celui-ci se ferait progressivement à cause de la coprostase et de la colite chronique concomitante. Le poids de l'anse se trouverait augmenté et aurait pour effet d'étirer l'anse. Le méso, qui n'est point fait pour supporter une telle masse, serait allongé à son tour, si bien qu'au bout d'un temps plus ou moins long, l'anse primitivement normale serait devenue une anse longue à long méso.

Il est évident que, rencontrant si souvent la dolichocolie chez des constipés, on ait eu l'idée d'établir une relation étroite entre ces deux faits.

Cette explication n'a cependant pas reçu l'approbation de tous les auteurs, et, les premiers, LISCHENSTERN, BUDBERG, KOCH, ont combattu cette façon de voir. Pourquoi, disent-ils, s'il en était ainsi, les femmes, qui sont des constipées, ne font-elles pas plus souvent de la dolichocolie vraie, et des volvulus. MARFAN, puis COHEN, ont montré que des enfants dont le transit intestinal était ou normal ou même exagérément accéléré, étaient pourtant porteurs d'anses dilatées et allongées. Et MARFAN va même jusqu'à inverser les rôles en disant: c'est la dolichocolie qui crée la stase: « Ce sont la longueur et les sinuosités du côlon qui, pour JACOBI et MARFAN, créent la constipation ».

Pour les auteurs que nous avons cités plus haut, il y a tout simplement une malformation congénitale que l'on retrouve aisément chez tous les gens qui mènent une vie primitive et ont une alimentation spéciale.

Nous avons vu qu'il y avait, au cours de la vie de l'homme, évolution du côlon, qui passe du type infantile, côlon long et méso long, au type adulte, anse et méso courts. Comment ne pas songer alors qu'il puisse y avoir le même phénomène qui se produise dans l'évolution, non plus de l'individu, mais de la race elle-même.

Ainsi, si nous rencontrons beaucoup de dolichocôlons et de mégacôlons chez les Juifs polonais et russes, chez les Indigènes des Hauts-Plateaux Constantinois ce chiffre diminue lorsqu'on s'adresse au Juif ou à l'Indigène évolués, aisés, campagnards ou citadins, qui ont depuis plusieurs générations adopté un genre de vie complètement différent de celui de leurs ancêtres et de ceux des leurs qui n'ont pas évolué.

L'opinion de la majorité des auteurs semble être, actuellement, que le rôle de la congénitalité est prépondérant.

BERNARD et DE TAYRAC appuient les conclusions de MARTINOTTI, BERLIN, TARNSPOLSKAJA, GRAVAT qui admettent l'origine congénitale du « vrai » dolichocôlon.

Les mêmes divergences de vue entre les auteurs ont existé quand il s'est agi d'expliquer la pathogène du mégacôlon. C'est la constipation a-t-on dit longtemps qui en annihilant la force de contraction des fibres coliques, tend à allonger celles-ci progressivement, et aboutit finalement à la production d'une anse énorme.

Depuis quelques années, la question du méga-sigma a intéressé nombre de gens qui ont cherché à donner à ce phénomène des explications plus nettes.

BAYLIS et STARLING avaient montré, il y a longtemps, que l'excitation du sympathique produisait la contraction du sphincter interne du rectum et le relâchement des parois rectales et coliques. Il n'y avait plus qu'un pas à faire pour imaginer que le mégacôlon pouvait être dû à un déséquilibre du système nerveux végétatif de l'intestion. Cette hypothèse avait été émise déjà en 1907, par HAWKINS. Il fallait les expériences chirurgicales de ROYLE et WADE pour faire la preuve des allégations de HAWKINS. Il s'agit non pas d'une lésion organique du sphincter, mais d'un dysfonctionnement de l'appareil nerveux du côlon. Schématiquement, il y aurait, soit excitation trop forte du sympathique, soit stimulation insuffisante du parasympathique et absence d'ouverture du rectum au moment opportun de la défécation.

HURST a montré que cela était vrai puisque, par le seul passage de bougies de HÉGAR il a obtenu, après dilatation progressive du sphincter, des résultats satisfaisants dans le traitement du mégacôlon.

Enfin, ces mois derniers, GATELIER et MERLE D'AUBIGNÉ, à la suite d'ADSON, de LERICHE, ont fait la preuve du rôle du sympathique, en traitant par des résections de fragments déterminés de celui-ci, les dilatations de la maladie de HIRSCHPRUNG et de la dolichocolie.

« Il est évident que les sympathectomies ne s'adressent ni aux volvulus, ni aux accidents aigus, dit LERICHE; mais, appliquées comme elles doivent l'être, elles sont une précieuse ressource, et les résultats éloignés en sont excellents. »

NETTO, apportant sa contribution à cette étude, signale que la « résection du sphincter pelvi-rectal par laparotomie médiane sous ombilicale » lui a permis de ramener à un volume à peu près normal un côlon sigmoïde extrêmement dilaté.

Peut-on essayer d'expliquer pourquoi ces faits se rencontrent avec prédominances chez les peuples faméliques ? Il semble que oui.

Félix TURYN a montré que, très souvent, cette dystonie neuro-végétative est en rapport avec un trouble de la fonction glandulaire, et il publie des observations où, à côté du mégacôlon, il y avait d'autres signes d'hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse.

Il paraît logique d'admettre une relation entre glandes à sécrétion interne et sympathique.

Un fait est en faveur du rôle des hormones, c'est le grand nombre d'hypoalimentés qui font des malformations coliques. Tous les sujets que nous avons vu traiter à l'Hôpital de Constantine appartiennent à des tribus misérables, se nourrissant surtout de produits à base de céréales que la préparation, la décortication, le broiement, privent d'une grande partie de leurs composants actifs.

L'alimentation carnée, les légumes verts, les fruits sont très rares. Cette carence, ou plutôt cette insuffisance alimentaire n'est pas sans jouer un rôle important sur le système glandulaire, en entraînant ce dysfonctionnement sur lequel TURYN a attiré notre attention.

En Afrique du Nord, le Département de Constantine est le plus riche en dolicho, mégacôlon et volvulus parce que, précisément, c'est la région la plus pauvre. Les Hauts-Plateaux

comptent une population de cultivateurs miséreux, de nomades faméliques qui sont les principaux clients que l'on voit, à l'Hôpital, avec un ventre énorme.

Nous avons tâché d'expliquer la prédisposition de l'anse sigmoïde à la torsion. Il est un autre facteur qui intervient, c'est le rapprochement progressif des pieds de l'anse par une péritonite chronique localisée, que nous avons étudiée en détail au Chapitre Anatomie Pathologique.

La torsion elle-même, l'accident, peut se produire à l'occasion d'un repas copieux, d'une contraction colique violente, d'un mouvement brusque entraînant un changement de position de l'anse.

Elle peut être favorisée, comme le dit GUILLAUME, par la présence, dans le fragment intestinal mobile, d'une altération modifiant les conditions de poids ou de perméabilité du segment considéré. »

Nous avons observé que la majorité des cas de volvulus se voyaient, ici, durant les mois d'été. C'est parce qu'à cette époque l'Indigène peut faire des repas copieux, car les moissons lui ont apporté une aisance momentanée. Du fait de la nature de leur alimentation, ils ont des selles dans un état avancé de déshydratation qui facilite la stase. Et le fécatome ainsi formé, peut être « par excellence cet élément pesant, dont nous parlions plus haut, qui fait basculer l'anse et la place ainsi en porte à faux, le péristaltisme amenant ces matières et poussant sans cesse, finit par amener les deux branches de l'anse à s'étrangler réciproquement ».

Une fois cet étranglement produit, la naissance de gaz qui dilate l'anse, les coups de bélier de l'onde péristaltique au-dessus de la torsion font que la rotation ira en s'accroissant.

La torsion une fois amorcée, il n'y a guère de chance de détorsion spontanée.

ACHMATOWICZ a fait exactement les mêmes constatations en ce qui concerne les paysans polonais.

« Chez presque tous les malades le début de la maladie était soudain et pouvait être constaté toujours quelques heures après un repas copieux et abondant en aliments végétaux (choux, pois, haricots, pommes de terre, pain frais, crêpes, gruaux), aptes à produire une formation de gaz et à stimuler le péristaltisme. Ces repas étaient précédés souvent d'un jeûne prolongé durant quelquefois une quinzaine d'heures.

Cette constatation est du plus grand intérêt et peut nous fournir en grande partie l'explication de la formation du volvulus. Lorsque, après un jeûne prolongé, le malade avale avidement la nourriture, tâchant d'apaiser au plus vite sa faim, il néglige de bien mâcher les aliments végétaux. Il est clair que ceux-ci pénètrent insuffisamment préparés dans le tube digestif; ils commencent à y gonfler et forment bientôt une profusion de gaz causant un péristaltisme exagéré de l'intestin. Cependant la musculature des anses intestinales distendues est incapable de pousser le contenu insolite des gaz et du liquide.

On sait que, pendant la digestion à l'état physiologique, des torsions physiologiques ont toujours lieu dans les intestins, c'est-à-dire que le mésentère et l'intestin se tordent autour de leur axe. Lorsque l'intestion est normalement rempli et que, ni ses parois, ni le mésentère ne présentent de changements pathologiques, ces torsions cèdent bientôt et l'intestion reprend le statu quo ante, tandis que le contenu, poussé vers le circuit intestinal, avance lentement.

Quand, par contre, l'intestion est surchargé d'aliments et de gaz et, surtout, s'il y a des changements anatomiques soit dans le mésentère, soit dans les parois de l'intestion ou dans son voisinage, ou bien si le mésentère est anormalement long et mobile, ou qu'il forme des coudures, la détorsion ne se fait pas si facilement; bien au contraire, la torsion physiologique du début peut devenir ainsi un volvulus pathologique dont la détorsion spontanée est impossible. »

Ce mécanisme fait aisément comprendre pourquoi les chances de guérison du volvulus, sans le secours du chirurgien, sont minimes.

CHAPITRE VII

ETUDE CLINIQUE
ET RADIOLOGIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

Il a été pendant longtemps de notion courante, que toutes les causes d'occlusion donnaient à peu de chose près le même tableau clinique.

En réalité, comme le dit MONDOR, il n'y a pas « une occlusion », mais « des occlusions », et le volvulus du colon pelvien présente dans sa symptomatologie des signes qui lui sont propres.

Les renseignements donnés par l'âge, les antécédents l'inspection, la palpation, la percussion, sont aussi bien spéciaux.

Lorsque l'on interroge un homme de cinquante à soixante ans, chez qui, l'on sera appelé à faire dans un instant une laparotomie pour volvulus, on apprend qu'il est un constipé chronique. Il nous avouera qu'il a toujours eu des « difficultés intestinales », évacuations rares, laborieuses, pénibles, compliquées, quelques fois de coliques et de nausées ».

Il lui a toujours fallu, pour avoir des selles, le secours des purgatifs et des lavements.

Ces crises de constipation sont allées en se rapprochant, en croissant en intensité et en durée, si bien que les purgatifs préférés, ceux qui, toujours, avaient donné les résultats escomptés, les gros lavements haut portés, quotidiens, nécessaires, ont vu leur action se faire de plus en plus inefficace.

Cette notion de constipation opiniâtre est à retenir. En poursuivant encore l'interrogatoire, le malade racontera qu'il a déjà présenté, à plusieurs reprises, des crises apparemment analogues à celle qui l'amène aujourd'hui devant nous. Son passé en est déjà chargé de dix ou quinze de ce genre.

Chaque fois, il présentait un ballonnement progressif du ventre avec arrêt des selles et des gaz pendant deux ou trois jours. Il avait, pendant ce temps, la tête lourde, des nausées, parfois des vomissements, des coliques; de fréquentes envies d'aller à la selle, sans résultats, l'exaspéraient.

La thérapeutique favorite était mise en œuvre (lavements, purgatifs, compresses abdominales et jusqu'à — comme dans le cas cité par un auteur russe — une injection rectale de décoction de feuilles de tabac) et soudain, comme d'habitude, survenait une débâcle de matières à odeur forte, de gaz abondants.

Le malade était soulagé, il mettait ce malaise sur le compte de la fatigue, du surmenage, d'un souci, d'une mauvaise digestion, et reprenait sa vie quotidienne, guetté par la crise suivante.

Tous les malades content la même histoire avec quelques variantes.

Ils ne font alors que nous décrire cette période préparatoire du volvulus que ROUX a appelée la phase médicale du volvulus.

Ces crises, ce sont les crises de pseudo-occlusion de RIEDEL ou d'obstruction à rechutes de FORGUE. Elles sont la manifestation probable de la coudure passagère du colon sur son segment fixe, ou des bascules de l'anse autour du pied mésentérique.

Au point de vue de l'évolution de la maladie, elles correspondent vraisemblablement « à l'établissement progressif de la méso-sigmoïdite rétractile et de la stase stercorale dans le côlon pelvien ».

La cessation s'explique par le redressement de l'anse de l'intestin sous l'impulsion du péristaltisme. Alors a lieu la débâcle qui, brutalement, expulsera la quantité de matières contenues dans cette anse dilatée.

Cette période, a dit MONDOR, a été regrettablement appelée phase médicale, on a tort de la considérer comme accident prémonitoire alors que « c'est déjà la maladie ».

Quel intérêt pour le malade, si ces signes avant-coureurs faisaient, à ce moment, songer au volvulus menaçant et amenaient le médecin à faire opérer le malade « à froid ».

Soudain, en pleine période de santé, ou parfois sournoisement après quelques jours de malaises avant-coureurs, l'occlusion s'installe.

« Donc, ou début franc par une vive douleur comme chez la femme enceinte de LAMPE (douleur avec syncope), ou crise insidieuse comme d'entéro colite banale.

« Une malade de SNOW a eu une douleur dans la nuit « comme un gaz », quand le chirurgien arrive elle est désolée qu'il ait été appelé. Un malade de TUFFIER était si habitué à des crises semblables, et toutes guéries spontanément, qu'il refusa trois fois l'intervention opératoire. Le jour où il l'accepta le volvulus était sphacélé, l'anse perforée. La mort suivit l'opération quelques heures après. Le malade de MIGINIAC, atteint de mégacolon, écoutait, avec ironie et septicisme, les propositions chirurgicales qui lui étaient faites, feignait de les accepter et disparaissait un beau jour quand les chirurgiens devenaient trop pressants: « ça passera, disait-il, et les crises passaient comme il l'annonçait jusqu'au jour où il fut apporté dans un lamentable état: faciès grippé, narines battantes, hypothermie, vomissements fécaloïdes, pouls misérable, refroidissement des extrémités, douleurs lui arrachant des cris. Malgré l'intervention d'urgence il succomba ».

Le malade souffre, mais il ne peut indiquer une localisation précise. Dans toutes les observations que nous avons consultées, nous n'avons rien trouvé sur la localisation et la forme de la *douleur* qui puisse donner une indication utile pour le diagnostic.

Cette douleur revêt des formes variées pour chaque cas de volvulus, depuis la douleur syncopale jusqu'à la douleur sourde, insidieuse, en passant par tous les intermédiaires.

POTAIN a signalé un cas de volvulus ayant évolué sans que le malade ne ressente jamais aucune douleur. Dans d'autres observations, nous en avons trouvé des descriptions différentes: parfois brusque et syncopale, d'autres fois véritable coup de poignard abdominal, rappelant la douleur de la crise appendiculaire.

Le siège initial de cette douleur avait attiré l'attention de PRIOLEAU, de ROUX, de DELORE, qui pensaient pouvoir déterminer ainsi le lieu de la torsion. Il n'est pas sûr que l'on puisse, comme l'ont fait ces auteurs, y attacher une très grande importance.

L'irradiation est d'ailleurs précoce, parfois subite, et se fait à tout l'abdomen. Dès cet instant il n'est plus possible d'en tirer la moindre indication pour le diagnostic.

Variable dans son intensité, elle varie aussi dans le temps. Elle est parfois continue, tenace, persistante, tantôt après des exacerbations passagères, synchrones des contractions violentes de l'intestin luttant contre l'obstacle, survient une période de rémission.

C'est cette allure que l'on voit fréquemment, qui correspond le mieux à ce que les anciens auteurs appelaient, à cause de la sensation de torsion intérieure accusée par le malade, la colique de misère.

Parfois aussi, apparaît plus ou moins rapidement, une douleur superficielle, « une sensibilité pariétale, véritable endolorissement » occupant tout ou partie de la paroi abdominale. Certains auteurs ont trouvé cette hyperesthésie cutanée localisée dans le territoire « métamérique correspondant au segment intestinal malade », et cela les a aidé dans l'établissement de leur diagnostic. Nous ne pensons pas qu'il faille donner à ce signe, particulièrement difficile à rechercher, une grande place, nous nous contentons de le signaler.

Notons, enfin, la localisation lombaire très fréquemment signalée de cette douleur.



Le malade invoquera toujours, pour expliquer qu'il souffre, soit un écart de régime, soit une frayeur, un effort, etc... Ne nous arrêtons pas trop longtemps à l'élément douleur et recherchons d'autres signes qui seront pour nous d'un concours plus précieux.

Il en est un auquel on doit faire occuper la première place au point de vue utilité; il est celui qui a fait faire le plus souvent le diagnostic: c'est le **Météorisme**.

« Pratiquement, conseille FORGUE, cherchez dans le météorisme votre renseignement le plus valable; mais, pour être instructif, ce symptôme ne doit pas être examiné superficiellement: il faut l'analyser à fond pour préciser ses conditions et sa signification ».

Il est précoce et considérable (« un des plus gros ballonnements que j'ai observés correspondait à un volvulus (HARTMANN) »), et ne fera qu'augmenter dans la suite.

Il faut en étudier la topographie dès le début, car il arrivera un moment, si l'on tarde, ou si l'on voit le malade trop tard, où la « surdistension gazeuse » généralisée enlèvera à ce signe toute sa valeur. Si nous attendons ce stade, l'abdomen est distendu au maximum uniformément « en ballon, sans qu'on puisse remarquer ce météorisme des flancs, cette apparence en fer à cheval produite par les colons distendus, que LAUGIER avait donnée caractéristique du siège de l'obstacle sur le colon descendant ou sur l'S iliaque ».

Aussi, si nous observons dès le début ce ventre dilaté, nous verrons que ce météorisme est encore local; c'est en somme la reproduction sur la paroi de l'anse tordue et hypertendue. On l'a trouvé à tous les niveaux de l'abdomen. Il a été signalé à des endroits différents par POTAIN, LÉGER, qui l'ont trouvé médian, sus-ombilical; épigastrique et iliaque par MELCHIORI, en sablier par LECÈNE et PATEL; sous-ombilical par HERTZ, etc...

C'est toujours, en tout cas, un météorisme visiblement asymétrique. BAYER, le premier, a attiré notre attention sur ce



fait caractéristique du volvulus, et FORGUE, à la suite de LÉGER, WATSON, BAYER, KUTZENOW, a remarqué que c'est toujours la partie droite du ventre qui est plus dilatée que la gauche.

« Pour vous en rendre compte exactement, dit-il, mesurez avec un fil le demi-périmètre de chaque côté, allant de la ligne épineuse à la ligne médiane. Cette plus grande distension du côté droit tient, soit à ce que l'anse sigmoïde énorme et en position ectopique d'HUGUIER s'incline vers la droite jusqu'à l'hypochondre (au point que, établissant un anus dans la fosse iliaque droite, et croyant le placer sur le cœcum, on l'ouvre en réalité sur une branche de l'anse), soit qu'il se produise, comme l'ont noté BAYER, SACHLEHNER et ANSCHTZ, une hyperdistension du cœcum, telle que KREUTER l'a vu frappé de nécrose au cours d'un volvulus de l'S iliaque ».

A l'inspection de l'abdomen, si nous ajoutons la palpation et la percussion, nous trouverons un signe de grande signification que ROUX avait utilisé pour diagnostiquer le volvulus, mais sans toutefois lui donner l'importance que lui attachèrent deux ans plus tard, en 1889, VON WAHL et ses élèves.

Voici les traits que lui fixa son auteur :

« Le segment colique, ballonné par un météorisme local, prend, dans l'abdomen, une fixation et une distension anormales qui se traduisent à la vue, à la palpation, à la percussion :

A la vue, par une **saillie asymétrique**, immobile, sans mouvements péristaltiques, en boudin, bientôt masquée par la réplétion générale des anses.

A la palpation, par une sensation de **rénitence localisée**, de résistance particulière, ce que ROUX avait déjà signalé en 1887.

A la percussion, par un **tympanisme** particulier ».

Les auteurs n'ont pas toujours été d'accord sur la valeur à attribuer à ce signe.

BECHNIOVSKI OBALINSKI, à l'étranger; BROCA, DELBET, LECÈDE, MOURE et AUMONT, etc..., en France, lui ont trouvé des significations de valeur différente.

Tout récemment, au Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, au Caire, CORACHAN, de Barcelone, donna raison à ZOGE MANTEUFFEL d'avoir tant insisté sur le signe décrit par son maître.

« Deux des caractères du ballon de VON WAHL peuvent être contredits, surtout l'un, écrit MONDOR :

« L'inertie, l'immobilité de l'anse volvulée.

« Je trouve, au contraire, dans plusieurs observations, le péristaltisme signalé, dans une observation de LECÈNE, dans trois cas de REICHLE, un cas de MACKEWAIN, un cas d'ALAMARTINE, dans le cas de MOURE et AUMONT « ondes péristaltiques presque transversales de gauche à droite », dans l'observation de ROUX-BERGER: « l'abdomen est ballonné mais modérément; toutes les dix minutes environ, il se produit un soulèvement considérable de la partie droite de l'abdomen qui, peu à peu, s'affaisse sans qu'à ce moment il y ait émission de gaz ».

« Chez le malade de ROCHET, le péristaltisme apparut dans l'hémi-abdomen gauche après que fut faite la cœcostomie. Enfin FERNSTROM dit que le péristaltisme est de règle ».

Le tympanisme, grâce à KIWUL, a reçu une précision et une importance nouvelle.

Dès 1902 l'auteur attirait l'attention sur la sonorité particulière que présentait l'anse volvulée qui, toujours, même lorsqu'elle contient une grosse quantité de matières comme dans le cas de MONDOR, présente une distension gazeuse appréciable.

Ce son tympanique à timbre spécial que KIWUL a appelé du nom de « **ballon symptôme** », était apparu de suite à FORGUE comme un signe particulièrement précieux. Dans son mémoire de 1920, il y insiste spécialement, en expliquant de façon originale les raisons de ce tympanisme particulier.

« Vous pouvez, en vous percutant la bouche, comprendre exactement les nuances de cette sonorité. Fermez les lèvres et laissez les joues flasques, vous obtenez un son tympanique par la percussion des joues. Au contraires, fermez la bouche et gonflez les joues, percutez-les alors d'une chiquenaude, prestement détachée, vous entendrez un bruit métallique. Eh bien, la même différence de tonalité sépare la sonorité des anses intestinales distendues de gaz et de matière et celle de l'anse sigmoïde étranglée par torsion et ayant subi, du fait des troubles circulatoires et de la fermentation de son contenu, une insufflation forcée de gaz.

Cette anse surdistendue, et à parois élastiques, est comme un ballon; percutez-la avec un plessimètre ou avec un bâtonnet de bois, pendant que vous l'auscultez avec un stéthoscope: vous entendrez une résonnance métallique. C'est là le ballon symptôme de KIWUL ».

Ce signe, qu'il faut toujours rechercher et qui a toujours donné raison à KIWUL, à OBALINSKI, qui l'a trouvé quinze fois sur seize volvulus et que recherchent méthodiquement tous les chirurgiens russes et polonais, plus habitués à rencontrer cette affection, a un intérêt purement clinique. Au point de vue topographie, il a fait commettre des erreurs à certains qui ont cru pouvoir tirer une indication sur la situation de l'étranglement par rapport à l'endroit où ce signe était trouvé.

C'est ce qui amena MORESTIN à prendre un volvulus pelvien pour un volvulus du transverse en s'étant laissé guider par « la présence d'une boule rénitente bien limitée ».

Le toucher rectal est toujours à pratiquer; le doigt, poussé le plus haut possible, peut parfois mais très rarement faire sentir la striction.

MICHELSON prétend avoir fait le diagnostic uniquement grâce au toucher. Malgré ce succès, nous croyons que les renseignements que ce moyen peut donner comme le refoulement de la paroi antérieure du rectum par une grosse masse réni-

tente, ou l'état de la muqueuse, sont insuffisants et passent au second plan.

Le toucher vaginal n'a pas donné à FORGUE plus de satisfactions.

Un autre signe a eu longtemps la faveur des cliniciens et est devenu classique, mais il est erroné: c'est « la réplétion plus ou moins grande de l'intestin par injection d'eau selon la hauteur de l'obstacle ».

Si on fait pénétrer plus de 2 litres, c'est que la torsion ne siège pas sur l'S iliaque, disait-on; si on injecte 3 litres, c'est que l'obstacle siège sur le grêle. Or, BARIE et DU CASTEL ont montré que cela était entièrement faux car, si, en principe, un rectum peut en moyenne admettre un litre de liquide, cela est très variable, la capacité de l'ampoule rectale étant différente pour chaque individu.

De même, il ne faut pas tenir grand compte du renseignement fourni par la sonde introduite dans l'anus et que l'on peut faire monter à un niveau plus ou moins haut.

Signalons aussi des petits signes accessoires qui, parfois, s'ajoutant à ceux déjà trouvés, peuvent aider au diagnostic. Ce sont les bruits anormaux de gargouillement, de clapotage, de succussion si on secoue le sujet, comme pour le malade de MILIAN, et siégeant au niveau de l'obstacle. MONDOR cite même le cas du malade de BONNET chez lequel les infirmiers qui le transportaient entendirent comme un bruit d'orage. Ces bruits sont analogues à ceux que l'on observe chez les gens porteurs d'un gros estomac avec sténose.

Nous avons passé en revue les signes physiques sans nous occuper des **Signes Généraux**. C'est que, très souvent, les seconds passent presque inaperçus ou, du moins, sont réduits à très peu de chose.

En effet, nous avons vu des malades ne pas accuser de douleur, ou simplement, une sorte de gêne succédant à une petite crise douloureuse type colique, à laquelle d'ailleurs la

plupart du temps ils sont habitués. Parfois, au contraire, elle est très violente, irradiant à tout l'abdomen.

En tout cas sa présence est un bon signe, mais son absence n'est pas un signe négatif.

Les **Vomissements** qui ont existé souvent au début, manquent à la période d'état, lorsqu'on est appelé auprès du patient. S'ils se montrent, ils sont rares, peu abondants alimentaires ou biliaires. S'ils étaient porracés, fécaloïdes, c'est que nous en serions au stade ultime.

En général, c'est l'absence ou l'apparition tardive des vomissements qui est la règle. FILIPOWICZ signale que sur 32 malades vus par lui, 2 seulement avaient vomi.

Ce qui existe plus fréquemment ce sont les nausées et le hoquet.

La **Constipation**, vieille connaissance du malade, est opiniâtre. Mais, aujourd'hui, elle ne cède pas comme les autres fois au moyen thérapeutique habituel et familier. Il y a arrêt complet des matières et des gaz; il ne passe plus rien par l'anus.

L'état général à la période d'état est relativement bon.

La **température** est presque normale ou normale, le pouls tout au plus à 90; on note une légère oligurie, le faciès est un peu angoissé.

Il n'y a pas encore trace des accidents toxiques ou infectieux car, comme le fait justement remarquer LECÈNE, « l'état général est peu touché, pendant les premiers jours, car c'est une occlusion basse qui ne donnera qu'assez tardivement des accidents toxiques ou infectieux, on peut dire malheureusement, car trop souvent, en présence de ce peu d'atteinte de l'état général, on perd du temps et on attend en faisant une thérapeutique symptomatique illusoire ».

Et MONDOR d'ajouter, en insistant fortement: « Mais le danger est dans la tranquillité que tant de signes négatifs peu-

vent donner au médecin. Si, au lieu de se répéter « gros ventre oblique, crises douloureuses, arrêt des gaz, c'est un volvulus, il se répète, bon poulx, pas de fièvre, pas de vomissements » le malade est perdu.

Il est perdu car plus ou moins rapidement il est conduit à la **période terminale**, au stade ultime où les chances de guérir sont minimales. « Comme il faut alors regretter l'optimisme de la veille et retenir définitivement que des douleurs modérées, l'absence de vomissements, un bon état général n'empêchent pas que le volvulus poursuit l'ischémie de l'anse et prépare son sphacèle et la péritonite putride ».

Après une attente variant de 3 à 6 jours, les signes inquiétants font leur apparition. Parfois c'est soudainement que la transformation se produit.

Combien le tableau est alors modifié. On retrouve un malade avec un faciès anxieux, pâle, inquiet. Il a le nez pincé, il respire mal, présente de la dyspnée. Sa langue est sèche, ses yeux enfoncés, excavés. Le poulx, si calme auparavant, est devenu petit, rapide. Il bat à 120-140. L'hypothermie, les sueurs froides sont très fréquentes, les extrémités sont froides et cyanosées.

Brusquement les vomissements font leur apparition, biliary d'abord, puis ensuite porracés, parfois fécaloïdes signant la péritonite. L'anurie, le collapsus, rien ne manque.

A ce moment il n'y a plus de signe de VON WAHL; toutes les anses sont dilatées, le ventre se ballonne progressivement, également dans toute son étendue. Le météorisme local a été noyé dans le ballonnement général.

On ne retrouve plus les nuances de sonorité chères à KIWUL, sonorité uniforme, matité hépatique disparue, épanchement mat fréquent dans les flancs, signalé par GANDOLPHE et Pierre DELBET, s'ajoutent au tableau. Tous ces signes vont s'aggraver et le malade sera emporté à brève échéance si l'on n'intervient pas.

Cette évolution du volvulus ne présente pas une durée que l'on puisse donner comme moyenne. Parfois, tout a changé en quelques heures seulement, comme l'a vu BECHNIOVSKI; au contraire, le malade peut présenter un état stationnaire qui durera plusieurs jours. MONDOR cite l'exemple le plus édifiant, celui des deux malades d'OCKINCZYC dont l'un « sphacèle son volvulus en un jour, alors que l'autre, au bout de quatre semaines, a encore une anse saine.

C'est le degré de la striction qui, commandant aux lésions de l'anse, allonge ou abrège l'évolution.

Le volvulus est, comme l'a indiqué son mécanisme, un iléus de strangulation. Les lésions des vaisseaux et nerfs contenus dans le mésentère sont au premier plan. La gangrène de l'anse, après sphacèle, les perforations qui en résultent, sont, suivant les cas, à des degrés différents. Ce sont eux qui allongent ou raccourcissent l'évolution du volvulus.

A l'action mécanique n'oublions pas d'ajouter le rôle important joué dans l'évolution par l'**élément toxique**.

VERNEUIL insistait déjà, en 1861, sur cette stercorémie aiguë due, d'une part, à la rétention des produits toxiques, d'autre part à la surdistension qui facilite le passage des produits nocifs dans la circulation.

Les troubles graves que l'on observe à la phase terminale du volvulus, vomissements, sueurs froides, troubles arythmiques du cœur, troubles respiratoires, seraient, pour beaucoup, dus à l'action de ces produits toxiques sur le bulbe.

La certitude d'extrême urgence, la voilà :

« Devant un volvulus la décision d'opérer doit être ce qu'elle est pour toute hernie étranglée: immédiate; les risques de gangrène sont les mêmes, et à peu près dans les mêmes délais. »

DIAGNOSTIC

A la question posée par FORGUE: « Peut-on faire le diagnostic du volvulus », nous sommes tentés de répondre oui. Les exemples que nous ont donné les chirurgiens étrangers, russes, scandinaves, allemands, nous incitent à le croire.

MONDOR, s'appuyant sur des chiffres et citant le travail de LITCHENKO, qui fit 11 fois le diagnostic sur 14 (les 3 erreurs concernaient des malades dont le volvulus était déjà compliqué de péritonite), l'affirmait aussi.

FORGUE, dans son remarquable mémoire de 1920, était moins catégorique et disait: « il est plus sage et plus vrai de dire simplement qu'en groupant les divers signes nous pouvons arriver, sinon à la certitude, du moins à une plus grande approximation ».

Si les auteurs français ont toujours été si incrédules sur la possibilité de faire ce diagnostic, c'est que la rareté et la méconnaissance du volvulus en France ont fait qu'on n'y pense pas assez souvent.

Par contre, dans les pays où il est fréquent, les chirurgiens tels FILIPOWICZ, OBALINSKI, VON WAHL, LISTCHENKO, *etc...*, pensent que la différenciation du volvulus des autres occlusions est très possible. Nous nous rangerons à l'avis de ces derniers pour avoir vu les chirurgiens nord-africains, habitués à une pathologie analogue à celle rencontrée chez les paysans russes et scandinaves, faire chaque fois le diagnostic.

Reprenant la phrase que FORGUE appliquait aux chirurgiens russes et polonais, nous dirons, en généralisant: « Il est à considérer que les chirurgiens appelés à rencontrer fréquem-

ment cette variété d'occlusion y pensent davantage, la connaissent mieux et la reconnaissent plus sûrement ».

Il est véritablement un cas où, malgré une observation minutieuse, le diagnostic reste dans l'indécision, c'est lorsque l'on est appelé aux stades ultimes de l'affection, lorsque toute la symptomatologie pure est estompée. Il est nécessaire de voir le malade assez près du début de la maladie lorsque « les premiers efforts du volvulus dessinent un météorisme éloquent. caractéristique, ce ventre oblique sur lequel nous avons longtemps insisté ».

L'observation de ce signe de début a permis à OBALINSKI de faire 16 fois sur 19 malades vus le diagnostic préopératoire de torsion de l'anse oméga.

Comme le conseille FORGUE et MONDOR il faut procéder par étapes en faisant un diagnostic étiologique de toutes les occlusions.

Il y a 3 questions auxquelles il faut répondre dans le problème à résoudre :

a) *Y a-t-il vraiment occlusion ?* Le ballonnement imposant, l'arrêt des matières et des gaz signent l'occlusion.

Nous éliminerons sans nous y attarder la crise de colique hépatique ou néphrétique avec leur symptomatologie typique, la crise d'appendicite pour sa douleur localisée, la température, la contracture pariétale, etc..., le kyste de l'ovaire, par le toucher vaginal et l'absence de sonorité de la tumeur à la percussion.

L'examen attentif du malade, l'exploration des trajets herniaires, nous renseigneront sur l'éventualité d'un étranglement herniaire.

On ne confondra pas cette occlusion produite par l'étranglement vrai d'une anse intestinale, accident à début soudain et à violence immédiate, avec celle produite par la torsion du colon pelvien.

« L'absence de vomissements ou leur apparition tardive, leur nature non fécaloïde, s'ils existent, la persistance presque normale de l'excrétion urinaire indiquent d'une façon à peu près certaine que les parties supérieures du grêle sont libres et que l'obstacle occupe un point bas situé du tube intestinal ».

Nous avons résolu la deuxième question du problème :
l'occlusion siège sur le gros intestin.

La solution de la troisième question appartient au chirurgien, c'est lui qu'elle intéresse spécialement, comme les deux premières le médecin, car c'est de sa décision que « dépendent tous les résultats de la chirurgie d'urgence, magnifiques ou désastreux ».

c) Cancer, invagination, péricécalite, brides, volvulus ?

A chaque éventualité une méthode particulière de traitement. Erreur dans le diagnostic, erreur dans la thérapeutique. A ce sujet, rappelons-nous ce que MONDOR écrivait pour illustrer merveilleusement l'importance de la justesse du diagnostic quant au résultat final.

« Relevons deux observations de GAVARIAUD : la première nous montre l'anوس caecal dans son impuissance ; la deuxième nous apprend le péril d'une intervention différée et l'illusion donnée au chirurgien, par une accalmie des douleurs ».

Nous reproduisons intégralement ces deux observations, elles sont si édifiantes.

« Dans mon premier cas observé à Verdun, en Novembre 1915, il s'agissait d'un officier, âgé de 36 ans, constipé depuis toujours, pris brusquement, trois jours avant, de coliques avec ballonnement considérable et suppression des gaz. Le ballonnement siégeait un peu à droite de la ligne médiane, douleurs par crise. Comme il avait eu autrefois une appendicite, j'incisai à droite et je lui fis, je ne sais pourquoi, un anus caecal que je n'ouvris d'ailleurs que le lendemain. Il n'en sortit qu'une bouffée de gaz et pas de matières. Les accidents continuant, je lui fis le soir même, l'opération que j'aurais dû faire la veille, c'est-

à-dire, une laparotomie médiane, et je trouvai, avec un épanchement malodorant, un énorme volvulus que je réséquai entre deux ligatures après l'avoir exériorisé. La muqueuse du volvulus était toute noire. Après cette opération, le malade cessa de souffrir, malheureusement les deux bouts du côlon qui paraissaient vivants, se sphacélèrent dans le ventre, la paroi se sphacéla à son tour et le blessé succomba, non pas à la péritonite, ni à l'occlusion, mais à la gangrène progressive, sept jours après la deuxième opération. »

« Dans mon deuxième cas il s'agissait d'un permissionnaire qui était à sa deuxième crise d'occlusion et que je vis à l'hôpital mixte de Caen, le troisième jour d'une crise très violente exaspérée par une purgation. Cette fois je flairai le volvulus, je fis même ce diagnostic ferme et pourtant, cette fois encore, je péchai par timidité et indécision. Comme au moment de l'opération, ce malade se sentit tout à coup soulagé (on venait de lui faire une rachianesthésie) et qu'il m'affirma avoir rendu des gaz et des matières la veille, je crus d'autant plus facilement à une détorsion spontanée que pareille terminaison avait suivi la première crise.

En conséquence je remis l'opération au lendemain. Le lendemain le malade était mourant. Plein de remords, je l'opérai quand même. Je trouvai un énorme volvulus de couleur verdâtre, que je réséquai entre deux ligatures. L'état de l'opéré était si bas, j'avais tellement peu d'espoir, que je me bornai à établir un barrage avec des champs et des compresses entre l'intestin grêle, qui était à peu près sain, et le foyer pelvien horriblement septique.

Contre toute attente, cet opéré guérit de son opération, mais il me fut impossible, dans un second temps pratiqué avec l'aide de mon ami CHIFOLIAU, de rétablir la continuité de l'intestin, à cause de sa brièveté du bout inférieur, de sorte que l'opéré sera vraisemblablement condamné à conserver jusqu'à la fin de ses jours son anus contre-nature.

« Conclusion: Il faut penser au volvulus, savoir le reconnaître. »

Ces deux observations lues, on se rendra compte de l'opportunité de diagnostiquer le volvulus, des autres causes d'occlusion sur le colon.

L'Invagination peut être facilement éliminée. Si, comme la torsion de l'anse oméga elle peut être précédée d'une longue période de constipation, elle a tout de même des caractères distinctifs. L'invagination aiguë du nourrisson et de l'enfant s'accompagne de coliques, de selles sanguinolentes et glaireuses, le toucher rectal décèle la présence du boudin, les vomissements sont fréquents.

Autant l'invagination est une affection qui appartient à l'enfant, autant le volvulus frappe les adultes et les vieillards surtout.

Chez l'adulte, l'invagination se rencontre mais présente une allure de chronicité.

L'occlusion est rarement totale, ou du moins, s'établit tardivement, alors que les autres signes, douleurs violentes intermittentes, présence du boudin, selles séro-sanguinolentes, réaction péritonéale locale, etc..., sont déjà nets et font penser à l'invagination. Le toucher rectal donnera, ici, de précieux renseignements. Ce n'est vraiment que dans la forme clinique que LECLERC et BERGER dénomment « invagination du type occlusion » que le diagnostic différentiel entre volvulus et occlusion peut être difficile. Mais, là encore, si le malade n'est pas vu trop tard, sous le ballon localisé, on pourra sentir le boudin, et parfois, au moment où l'on est le plus embarrassé l'hémorragie peut tirer le clinicien d'embarras. En dernière analyse encore, la radiographie pourra faire pencher la balance en faveur de l'invagination grâce à l'image en trident de PORCHER. Nous verrons plus loin, par contre, les renseignements que la radiographie peut donner dans le volvulus.

Le Néoplasme du Côlon est une cause malheureusement trop fréquente d'occlusion pour qu'on ne soit pas tenté d'y penser dès le premier examen du malade.

Si l'on pense au volvulus, on peut éviter de commettre l'erreur que signale MONDOR, c'est-à-dire, dès la vue d'un « gros ventre » chez un homme âgé, l'étiqueter occlusion par cancer sténosant, et refaire ce qui a été fait si souventes fois, un anus iliaque droit, et laisser le malade mourir de péritonite.

Ce diagnostic différentiel entre cancer et volvulus est parfois très difficile, car il peut y avoir « dans les deux cas une histoire plus ou moins longue de constipation et de crises d'obstruction; d'autre part, il y a des cancers chez des sujets solides, des volvulus chez des vieillards cachectiques, le toucher rectal peut être négatif pour le cancer en virole haut situé, positif pour le volvulus et faire croire à une tumeur ».

Quand il s'agit de volvulus à évolution lente il est très facile de le confondre avec le néoplasme. Déjà, en 1879, DU CASTEL et BARIE insistaient sur la facilité qu'il y a à commettre cette erreur.

C'est seulement l'aspect du ventre qui peut aider au diagnostic.

Une fois de plus, il nous faudra rechercher minutieusement l'énorme ballonnement asymétrique et le ballon symptôme de KIWL.

Si nous les trouvons, nous ferons pencher notre diagnostic en faveur du volvulus. En ajoutant à ces signes l'absence de la cachéxie, du mélaena, de la sensation de tumeur au toucher, nous déciderons de faire une laparotomie pour torsion de l'anse pelvienne.

PATEL conseille de pratiquer la *Rectosigmoidoscopie*.

Elle lui aurait permis de dépister pour la première fois un signe très important plaidant en faveur du volvulus. Il s'agit d'une « muqueuse foncée à replis spiroïdes: chacun des plis

partait du point rétréci et, par un trajet hélicoïdal, gagnait la périphérie ».

Au contraire, s'il s'agit de cancer, dès que le rectoscope arrive au contact de la tumeur on se rend compte de la consistance et de la coloration particulières de celle-ci. La présence d'ulcérations ou de végétations de petit volume généralement, et recouvertes de mucosités ou de pus ont tendance à obstruer la lumière du sigmoïde.

Enfin, si tous nos examens ont été négatifs, la radiographie pourra, en dernier ressort, venir à notre secours. Nous étudierons cette question un peu plus loin.

La *Périsigmoïdite*: « avec signes d'obstruction intestinale peut prêter à confusion, écrit FORGUE. Il faut se fonder alors, pour conclure à une péritonite périsigmoïdienne, sur la fièvre, sur l'absence de péristaltisme, sur le caractère porracé des vomissements, sur la moindre distension locale de l'anse oméga, sur l'âge, mais ce ne sont point des raisons absolues, ni constantes, ni toujours évidentes, et nous nous y sommes trompés ».

Nous citerons pour finir l'erreur de diagnostic que l'on peut commettre en disant volvulus, alors qu'il y a occlusion sur le sigmoïde *par bride*. La symptomatologie est ici analogue à celle de la torsion, et c'est seulement la laparotomie qui permettra de faire le diagnostic.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

« Dans cette poursuite d'un diagnostic particulièrement énigmatique et qui nous oblige aux interrogations échelonnées que nous avons passées en revue: Y a-t-il occlusion ? Quelle est son siège ? Quelle est sa nature ? Quelle est sa cause ? Ce serait une bien grande fortune que l'examen qui, en quelques minutes, permettrait de répondre à cette série de questions. Il est hors de doute que la radiographie permet d'espérer et a fourni, dans certains cas, des réponses exactes à toutes ces questions (MONDOR). »

Cette exploration a été préconisée, il y a de nombreuses années déjà, par SCHWARZ, ASSMAN, CASE, KLOIBER, etc..., à l'étranger; par BENSUADE et GUENAU, GUILLAUME, CAIN et MEYER, en France, et a fait l'objet, à la fin de l'année 1934 et au début de 1935, de discussions et communications à la Société Nationale de Chirurgie par MOULONGUET, MONDOR, PIERRE DU VAL, GOSSET, LARDENNOIS, etc...

« Sous le nom d'occlusion intestinale, on groupe des cas anatomiques très divers. Considérer en bloc le traitement chirurgical de lésions tellement différentes est une conception fautive, écrivent MOULONGUET et ROUSSET, et qui devrait être périmée. Elle n'a été entretenue que par les difficultés de la clinique, par l'urgence des déterminations à prendre, en sorte que le plus souvent le chirurgien commençait son opération avec le seul diagnostic d'occlusion et partait à la découverte. Pour mieux faire, il faut absolument établir un diagnostic pré-opératoire plus précis; c'est, à notre avis, cette position de la question qui sera féconde. A chaque cas on appliquera l'opération strictement appropriée, la moins grave et la plus efficace. »

La radiographie pourra-t-elle nous donner les renseignements utiles à l'affirmation du volvulus de l'anse oméga ? Elle peut, en tout cas, aider la clinique.

Deux moyens pour cela sont à notre disposition. L'examen radioscopique et radiographique avec lavement baryté et sans préparation.

Citons cette description que J. VILLETTE a faite, dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille*, de l'examen radioscopique d'un dolichocôlon sain, puis volvulé.

« Si le malade est en période de calme le lavement baryté injecté sous l'écran fait généralement apparaître au premier coup d'œil la nature du mal, en montrant l'anse iliaque anormalement longue, mobile, et bouclée autour d'un pédicule étroit. La pression sur ce pédicule éveille une douleur symptomatique qui rappelle immédiatement au patient les douleurs survenant au moment des crises.

Si le malade est en période d'occlusion complète, le lavement opaque indique instantanément le siège de l'obstruction de la fosse iliaque gauche, et le diagnostic n'est plus guère hésitant qu'entre le volvulus et le cancer sténosant de l'S iliaque qui sont, en pareil cas, les affections les plus communes. »

Après un examen pareil, la localisation faite et nous aidant de ce que nous a déjà montré la clinique, nous pourrions conclure.

Voici encore comme exemple un bon examen de FERNSTROM: « Un lavement baryté après avoir rempli l'ampoule, passe dans un défilé du calibre d'une plume d'oie, puis dans une zone dont la paroi est déprimée en un point par une pression extérieure; enfin la baryte atteint une anse considérablement dilatée ».

Il y a dans le livre de MONDOR deux belles images qui montrent le secours précieux qu'on peut attendre de l'examen avec lavement baryté. Ces radiographies ont permis à ses internes de faire le diagnostic de volvulus du colon sigmoïde et

MONDOR écrit: « Bartes et Maes ont pu, ayant fait le diagnostic clinique de volvulus, le vérifier sous écran et obtenir les images dont je donne la reproduction. L'on y voit, avec une égale facilité, l'énorme ballon colique et le pied spiralé de l'anse tordue. Ces notions ont permis à Welti d'opérer le malade avec un plan très précis et après quelques bonnes précautions ».

C'est surtout entre néo sigmoïdien et volvulus que le diagnostic différentiel doit être envisagé, lorsque le siège de l'occlusion a été reconnu. C'est « l'image solitaire d'un énorme côlon pelvien en distension aérique déformant le ventre et, en plus, le signe de la spire colo-rectale » qui font pencher le diagnostic en faveur du volvulus.

« De quel secours nous peut être la radiographie lorsqu'il s'agit, chez un vieillard, de décider entre volvulus et cancer, c'est-à-dire entre laparotomie et colostomie ? »

Pourquoi différents auteurs, en tête desquels il faut placer Albert MATHIEU, WORTMANN, Jeff MILLER, ont-ils tant cherché à discréditer cette exploration barytée ?

Albert MATHIEU lui reproche, en premier lieu, de faire perdre du temps, et surtout d'aggraver l'état du malade en complétant l'occlusion si elle n'est pas totale.

« Il faut être d'une prudence très grande quand il s'agit d'administrer du bismuth à dose élevée à un malade en crise d'occlusion, et je considère comme dangereux de l'examiner dans ces conditions, à peu de distance d'une crise d'occlusion marquée.

« A deux reprises différentes, je suis resté sous l'impression d'accidents d'occlusion ayant suivi de près l'ingestion d'une forte dose de bismuth chez des malades en instance de crise. »

C'est le reproche que lui font aussi MARTENS et Jeff MILLER, MOULONGUET et ROUSSET.

On ne peut en dire autant de la radiographie sans préparation. Elle est « inoffensive, simple à obtenir et les résultats qu'elle peut donner sont acquis presque immédiatement ».

Le cliché sera pris, le malade debout, ou, s'il présente un mauvais état général, assis.

MOULONGUET et ROUSSET ont repris tout dernièrement la question de la radiographie abdominale sans préparation. Celle-ci avait été révélée en France en 1917 par BENSAUDE et GUENAU, puis Henri BÉCLÈRE, en 1923, insista sur les images hydro-aériques. André CAIN et André MEYER l'ont étudié à nouveau, dans un article paru dans la *Revue Médicale Française*, en 1932.

Le volvulus donnerait l'image suivante:

Occlusion sur le gros intestin avec distension isolée de l'anse sigmoïde.

Le signe de VON WAHL se traduirait radiologiquement par la présence d'une masse gazeuse isolée et immobile dans l'abdomen, c'est le signe de HINTZE. Une radiographie pratiquée pour l'un de nos malades nous donna cette image avec tant de netteté que le diagnostic de volvulus semblait possible rien qu'à la lecture du cliché.

Cette exploration radiologique sans préparation doit être faite chaque fois que cela est possible. C'est une manœuvre bien innocente et DE QUERVAIN ne peut que lui reprocher de faire perdre du temps. Mais encore, comme le dit LARDENNOIS, on « peut très bien aller vite et tout voir ».

Elle donnera toujours un contrôle ou un éclaircissement utile.

Interprétés en union avec les signes observés au lit du malade, les renseignements radiologiques peuvent permettre « des préparatifs et des gestes opératoires essentiels, au lieu de laisser pratiquer, comme il eut pu arriver, une opération déraisonnable d'anus artificiel ».

PRONOSTIC

Le volvulus du colon pelvien, lorsqu'il est constitué, voit tous ses symptômes s'aggraver; il se termine finalement par la mort lorsqu'il est abandonné à lui-même.

Quelques rares exemples de détorsion spontanée ont été signalés. Citons celui rapporté à la Société de Chirurgie par DELBET.

Le malade refusa l'intervention chirurgicale que lui proposait l'auteur et « lui envoya quelques temps après une lettre ironique et sévère pour lui apprendre qu'il était guéri ».

ROSENFELD, dans sa thèse, raconte l'histoire de son malade qui, opéré une première fois, fit une récurrence et n'accepta pas la deuxième intervention. « L'état d'occlusion persista pendant 22 jours et se termina par la guérison spontanée ».

Ces deux cas sont des exceptions.

L'affection peut se terminer brutalement ou lentement.

Très souvent, c'est la péritonite due au sphacèle et à la perforation de l'anse qui entraîne la mort. La perforation n'est pas obligatoire, la péritonite pouvant s'établir sans cela.

C'est parfois les accidents toxiques, infectieux, qui enlèvent le malade, ou alors le collapsus cardiaque.

Enfin, selon la forme évolutive aiguë ou lente, selon l'âge, la résistance du sujet, l'état antérieur de l'intestin, l'échéance fatale sera plus ou moins rapprochée.

En tout cas, le pronostic est sérieux et, sans le secours du chirurgien, le volvulus évolue toujours fatalement.

*« Tout cas diagnostiqué de volvulus
« appartient au chirurgien. »*

NOTHNAGEL.

CHAPITRE VIII

THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE VIII

THÉRAPEUTIQUE

« **Le traitement du volvulus est essentiellement chirurgical; il n'y a pas de traitement médical.**

Tous les travaux, depuis la thèse de MAZET, jusqu'au mémoire de FORGUE, nous ont appris que le temps perdu à essayer d'avoir d'hypothétiques résultats par les moyens médicaux était la cause du petit nombre de succès obtenus jusque-là, dans le traitement du volvulus.

« Le seul moyen d'améliorer les statistiques, c'est de ne pas quitter le malade avant de l'avoir opéré. »

Nous bannirons d'emblée les *Purgatifs* ou les *Laxatifs* pour les dangers qu'ils comportent en augmentant les contractions et la sécrétion intestinales, le poids de la masse stagnante, et, par là même, le degré de la torsion, de la distension et de la paralysie.

Il est des drogues qui sont capables d'agir sur la motricité de l'intestin. La mode a été très longtemps en Russie et en Pologne surtout, de commencer à traiter le volvulus par les injections sous-cutanées d'atropine et de morphine. On songe au risque que cela peut faire courir au malade, en entraînant cette fameuse accalmie traîtresse, cause d'opérations trop tardives. PRIOLEAU conseillait, au Congrès de Bordeaux, en 1905, l'emploi de lavements gazeux. Tout comme les lavements électriques, et les grandes entéroclyses prônés par PENDLETON et MAGRUDER, le malade étant en position genu pectorale sur le conseil de RENDU, ces moyens n'ont jamais donné de résultats. FILIPOWICZ et RIÉDEL ont guéri des occlusions par la mise en place d'une gros-

se sonde franchissant le coude sigmoïdo-rectal et en obtenant ainsi une évacuation des matières et des gaz. Il s'agissait là, de coudures, qui n'ont rien de comparable au volvulus confirmé. Enfin, certains auteurs, à la suite de FALTIN et HUNTER, ont signalé des cas de guérison par changement brusque de position du malade. C'est que, là encore, il ne s'agissait pas de véritable torsion.

Toutes ces méthodes citées, et pour conclure, nous dirons d'elles, comme le faisait HARTMANN, en parlant de l'entérostomie : « Elles ne tuent peut-être pas tous les malades, mais elles en laissent mourir beaucoup ». Par ailleurs, ACHMATOWICZ écrit : « Pour cette raison (préférence des méthodes conservatrices aux interventions chirurgicales), presque tous les malades arrivent à l'hôpital dans un état lamentable, après avoir épuisé à domicile tous les moyens de traitement conservateur basés sur l'hypothèse que l'intestin pourrait bien finir par se détordre ».

Nous ferons nôtre la formule de NOTHNAGEL : « Tout cas diagnostiqué de volvulus appartient au chirurgien » en estimant, comme BREHM, qu'il vaut mieux opérer trop pour de simples rétractions mésentériques, que trop peu pour de vraies torsions de l'anse sigmoïde.

Le **traitement chirurgical** devra s'appuyer sur des constatations anatomiques et sur le mécanisme de l'accident. Les seuls moyens pour lutter contre l'arrêt mécanique du cours des matières sont, ou bien le rétablissement du transit, ou bien la dérivation à l'extérieur des matières contenues dans l'intestin au-dessus de la striction. Ce dernier moyen constitue un traitement irrationnel du volvulus. En effet, où ferons-nous porter notre *Entérostomie* ?

La fistulisation de l'anse en amont de la torsion amènera, il est évident, la régression des phénomènes toxique et la reprise du transit intestinal.

Mais, l'anse volvulée avec sa menace de gangrène, de perforation et son contenu lui aussi très toxique, persistera. Devra-t-on alors fistuliser l'anse tordue ?

Les petits troubles de gêne respiratoires, de compression intra-abdominale, disparaîtront, mais l'occlusion intestinale continuera à exister. JABOULAY a bien rapporté un cas, où, ayant fistulisé par erreur l'anse volvulée, les phénomènes occlusifs disparurent. Cependant, après la fermeture de l'anus, ils réapparurent, et une laparotomie montra qu'il s'était agi d'un volvulus à torsion incomplète. LECÈNE signala plus tard le même fait. Malgré ces deux cas heureux, les chiffres que nous apportent GUIBE et CAVAILLON, sur la mortalité dans le traitement du volvulus par entérostomie, sont suffisamment édifiants, puisqu'il s'agit de cent pour cent de mortalité.

GUINARD prétendait que l'entérostomie permettait « d'aller au plus pressé. On empêche, disait-il, le malade de succomber à la rétention stercorale en créant une voie de dérivation en amont de l'obstacle quel qu'il soit. C'est une opération palliative permettant une intervention secondaire pour lever l'obstacle ». Mais alors c'est faire peu de cas du danger considérable que crée l'abandon dans le ventre, de ce gros ballon prêt à crever et à déclencher une infection péritonéale qui, à coup sûr, enlèvera le malade.

Ce serait simplement retarder l'échéance fatale et, comme le disait LEJARS, le malade échappe à la stercorémie pour mourir de péritonite.

Nous reprendrons, pour notre compte, la conclusion de MAZET: « L'anus contre nature est une méthode déplorable, irrationnelle, dans le traitement du volvulus, parce qu'il laisse subsister l'obstacle et évoluer les lésions de gangrène au niveau des points tordus. C'est une opération formellement contre-indiquée ».

La laparotomie est l'intervention rationnelle que l'on doit pratiquer. Elle sera, comme l'a indiqué OCKINCZYC, exploratrice et curative.

« En matière d'occlusion, écrit MAZET, il faut avoir la laparotomie facile et, dans le cas de volvulus, ne pas s'en laisser imposer par la rémission trompeuse des premiers jours, ni par

les malades qui, parfois instruits par les crises antérieures disparues spontanément, refusent l'intervention ». C'est le seul moyen qui permettra au chirurgien de vérifier son diagnostic et d'envisager la technique opératoire appropriée. L'anesthésie et les soins pré-opératoires constituent une question très importante. Elle fera l'objet d'une étude spéciale.

La Laparotomie devra être médiane, suffisamment large, pour permettre une vue et un accès faciles sur les lésions. La mise en demi-position de TRENDELENBURG peut rendre service au moment des manœuvres sur l'anse tordue en refoulant vers le haut l'intestin grêle. Le sigmoïde s'exteriorise très souvent seul, n'ayant plus droit de domicile dans l'abdomen. L'exploration méthodique permettra la vérification du diagnostic posé.

Nous étudierons d'abord le cas où l'anse oméga n'est pas en voie de gangrène, nous réservant d'envisager plus loin la conduite à tenir lorsque les lésions de sphacèle sont déjà installées.

Une opération rationnelle devra permettre :

- 1° de lever l'obstacle;
- 2° de restaurer le transit;
- 3° d'empêcher le retour des accidents.

Aussi, proscrirons-nous toujours :

L'Entéroanastomose sans détorsion, cet « équivalent d'une entérostomie intérieure, laissant persister l'obstacle qui, continuant d'agir sur les tissus de l'intestin, est à même de provoquer leur destruction locale par sphacèle et d'entraîner, par conséquent, une perforation avec ses conséquences habituelles ».

Il n'est jamais venu à l'idée de quiconque de proposer cela comme un moyen logique de traitement du volvulus. Si certains auteurs l'ont pratiqué autrefois c'est bien par erreur, le volvulus n'étant pas reconnu au cours de l'intervention lorsque l'explo-

ration était insuffisante, en raison du mauvais état général du malade ou des difficultés anatomiques.

Actuellement chacun rejette cette méthode, comme on le fait pour la dérivation par entérostomie.

La **détorsion** doit être toujours pratiquée. C'est un acte logique, malgré qu'il soit insuffisant.

Pour le faire, il faudra une exploration minutieuse qui renseignera sur le sens et la variété de la torsion, le nombre de tours. Il faudra agir avec douceur et prudence, car la fragilité du pied de l'anse peut être parfois très grande et, à la suite de mouvements brusques, la rupture risque d'entraîner l'inondation du péritoine par le contenu de l'intestin.

Il arrive qu'il soit difficile d'effectuer la détorsion à cause du volume imposant de l'anse volvulée. Celle-ci, très souvent repoussée vers l'extérieur par la tension des gaz, oblitère complètement l'orifice de laparotomie et, pour continuer à opérer, il faut la vider.

Les moyens à mettre en œuvre pour cela doivent s'appuyer sur deux principes :

- Obtenir une évacuation complète;
- Le faire sans risque pour le péritoine.

L'Entérostomie au bistouri se fera de préférence au niveau d'une bandelette. Elle comporte évidemment des risques, lorsque la manœuvre, mal exécutée, permet la souillure de la plaie opératoire ou du péritoine.

L'Entérostomie au gros trocart a été proposée. Elle a l'avantage de permettre de placer autour de l'orifice de ponction un fil que l'on serrera comme un cordon de bourse dès le vidage terminé et le trocart retiré. On peut, d'autre part, amener le contenu intestinal à se déverser loin du champ opératoire.

A côté de ces avantages, il y a des inconvénients.

Il faut utiliser un très gros trocart et souvent les matières très pâteuses à ce niveau du sigmoïde n'arrivent pas à s'évacuer par la lumière du tube qu'elles obturent.

On a enfin proposé l'entérostomie au bistouri, suivie de la mise en place rapide d'un gros drain de PAUL.

Nous n'avons pas de renseignements, ni d'expériences suffisants pour louer ou blâmer ce moyen.

La détorsion qui paraissait auparavant si difficile, sinon impossible, se fait alors facilement et sans danger de rupture.

Lorsqu'elle a été possible, sans la nécessité de fistuliser le ballon colique, le vidage par l'anus réalise évidemment le procédé de choix.

La mise en place d'une grosse sonde en caoutchouc ou plus simplement d'un gros drain, a été utilisée par presque tous les auteurs; c'est un moyen devenu classique et qui a toujours donné les résultats que l'on en attendait.

Personnellement, nous utilisons, sur les conseils du Docteur OULIÉ, le dilatateur de TRELAT qu'un aide met en place et ouvre à l'instant où, par pression douce sur l'anse, on refoule le contenu intestinal. Ce procédé nous a, jusqu'à présent, toujours permis d'obtenir une évacuation complète et rapide.

La **détorsion simple et le vidage** obtenus, peut-on se permettre d'abandonner à elle-même, dans l'abdomen, cette anse vidée mais volumineuse ?

À l'heure actuelle, tous les auteurs sont unanimes à dire qu'agir de la sorte serait commettre une erreur lourde de conséquences.

La détorsion simple laisse subsister les facteurs favorisants de la torsion, telles surtout la longueur et la mobilité anormales du colon et de son méso.

Nombreux sont les cas de récidives survenues après cette simple détorsion. OBALINSKI, BERGMANN, FROMMER, VON EISELSBERG, FILIPOWICZ, ROTHER, ROUX, LECÈNE et tant d'autres, ont

été obligés d'intervenir à nouveau, à plus ou moins longue échéance, pour s'être contenté de détordre un volvulus de l'anse oméga.

« Et quels regrets, écrit FORGUE, quand on voit, comme dans maintes observations, le malade succomber à une nouvelle intervention pratiquée à cause d'une récurrence quelques mois à peine après la première laparotomie ».

On peut, sans risque d'erreur, se ranger à l'avis de VON EISELSBERG lorsqu'il dit: « se contenter de détordre c'est faire pour le volvulus ce que l'on faisait autrefois pour la hernie étranglée, c'est-à-dire la kélotomie simple sans cure radicale, pratiquée universellement réprouvée aujourd'hui ».

Il faut, suivant les cas, en choisissant parmi les diverses méthodes qui ont été proposées et expérimentées, pratiquer une intervention plus complète qui prévendra le retour des accidents.

Les **Entéroanastomoses**, après détorsion pratiquées ou recommandées par SCHULTEN, VON BERGAM, PETROVITCH, et anastomosant entre elles soit les deux branches de l'anse en amont et en aval du point de torsion, soit le côlon avec le haut rectum, soit l'iléon et le sigmoïde, etc..., sont toujours des opérations graves et de longue durée. Il y a des sutures à faire dans de mauvaises conditions étant donné l'état des tissus de cet intestin malade.

Lorsque l'anse est longue et plus encore s'il existe de la mésentérique, cette anastomose n'ajoute rien à la détorsion; elle ne fait qu'aggraver l'opération. Le pédicule est rendu plus étroit lorsque, comme WINIWARTEK et TROJANOFF, on fait une colo-colostomie entre les deux branches de l'anse oméga. On ne fait qu'augmenter les chances de torsion.

JEANNEL a rapporté, en 1910, un cas où, après détorsion et entéro-anastomose, le volvulus se reproduisit et nécessita une nouvelle intervention. Enfin on peut encore reprocher à cette méthode de laisser une anse qui continuera malgré tout à se

remplir. La stase persistera dans ce segment d'intestin isolé, entraînant à sa suite tous les inconvénients que cela peut comporter.

Si l'on en croit ceux qui ont essayé cette méthode et en particulier BREHM et SCHMITH, on se laissera facilement persuader que la détorsion suivie d'entéro-anastomose est une opération longue, sérieuse, qu'en l'état actuel de nos connaissances nous devons nous défendre de faire supporter inutilement à un malade.

Nous ne citerons que pour mémoire une intervention qui, pratiquée autrefois, a perdu aujourd'hui la faveur de tous les chirurgiens.

Voici ce que MAZET écrivit déjà, à ce sujet, en 1912:

« **L'exclusion après détorsion** a pour but de dériver le cours des matières pour éviter l'encombrement de l'anse détordue. Elle est réalisée par la section de l'intestin en amont du siège du volvulus avec fermeture du bout distal et abouchement du bout proximal en aval du segment détordu. »

Par cette opération on croirait pouvoir supprimer, d'une façon certaine, la circulation des matières dans le segment exclu; il n'en est pas toujours ainsi, dans certains cas, l'intestin chroniquement distendu, à parois altérées, constitue une poche flasque qui se prête à tous les reflux. Il arrive ici ce que l'on observe après implantation de l'iléon dans le rectum pour mégacôlon congénital, l'intestin sus-jacent à l'abouchement continue à se remplir de matières. LECÈNE cite les cas de FINSTERER, FINNEY, VON EISELSBERG qui tous, furent suivis d'insuccès, l'observation de JEANNEL démontre encore l'insuffisance du procédé.

De plus, l'exclusion est une opération toujours longue, nécessitant plusieurs sutures, et qui aggrave toujours le pronostic chez un malade en état d'occlusion aiguë.

En outre, les sutures faites ainsi en pleine période occlusive portent sur un intestin distendu, congestionné, et qui se déchire

facilement. Elles exposent donc aux dangers d'infection péritonéale ».

La **détorsion suivie de fixation** a été proposée dès 1880. En effet, à cette date, NUSSBAUM et ROTER pensaient, avec raison d'ailleurs, que la fixation du colon supprimerait le risque de récurrence. Ils proposaient de faire, par quelques points au fil de lin ou de soie passés dans une bandelette colique et amarrés au péritoine pariétale, une fixation satisfaisante.

WOHN, quelques années plus tard, pour obvier aux inconvénients que peut entraîner la suspension, supprima celle-ci, en fixant l'anse sur le plancher pelvien, au péritoine de la fosse iliaque.

ROUX DE LAUSANNE, enfin, conseilla de faire une mésosigmoïdopexie en « fixant à la paroi abdominale du flanc gauche le méso près de son insertion à l'intestin ou l'S iliaque elle-même ».

Ces suggestions furent mises en pratique par plusieurs auteurs. La colopexie à la manière de NUSSBAUM fut faite par BRAUN, HEIDENHAUM, KADER, KUSTER, VILLAR, PETROVITCH, LECÈNE, etc..., qui rapportèrent des observations avec des résultats très variables.

Certains auteurs signalèrent et signalent encore des cas d'iléus secondaire constatés quelques mois ou quelques années après une colopexie, et dus à l'étranglement d'anses grêles sur les adhérences de pexie, allongées, distendues, transformées en brides éminemment dangereuses. Il arriva à PETROVITCH d'opérer pour une nouvelle occlusion et de trouver des brides ayant atteint 30 centimètres de longueur.

La **Colopexie**, si elle n'est pas une intervention idéale, ne doit pas être rejetée d'emblée comme un mauvais traitement du volvulus. Elle peut, dans certains cas, rendre des services chez les sujets âgés. La plupart des cas que nous avons pu voir ici concernaient des vieillards indigènes, porteurs d'un dolichosigmoïde congénital peut-être, acquis souvent, à cause du régime alimentaire spécial qu'ils suivent. Ils ont très bien supporté

jusqu'à cet âge leur malformation avec toutes ses petites misères. L'accident c'est la torsion.

Ils arrivent 4 ou 5 jours après le début des troubles, quelques fois plus tard, car, constipés chroniques, ils sont habitués à attendre des selles très espacées.

Lorsque l'anse a gardé suffisamment de vitalité pour ne pas imposer impérieusement la résection, nous nous contentons de la détordre et de la fixer.

Dans son service de l'Hôpital de Constantine, le Docteur OULIÉ a pratiqué six fois cette fixation chez des Indigènes de 60 à 80 ans. Les résultats furent très satisfaisants. Certains de ces opérés ont été suivis, ils ne se sont plus jamais plaint d'aucun trouble depuis leur sortie de l'Hôpital.

Nous avons nous-mêmes exécuté deux fois cette intervention avec des résultats très heureux.

Le premier de nos deux malades, opéré il y a deux ans, revient régulièrement nous voir; c'est un paysan indigène âgé et qui mène une vie encore très active et très rude.

Le deuxième, vieux bacillaire âgé de 70 ans, décédait quelques mois après l'intervention, de sa tuberculose pulmonaire.

Il nous était alors permis de faire à la nécropsie des constatations intéressantes.

Nous trouvions à l'autopsie, une anse qui, sans être revenue à sa taille normale, avait cependant diminué considérablement de volume. Les points de fixation qui avaient été faits, comme nous l'expliquerons plus loin, tenaient si solidement qu'il fallait faire effort pour les rompre. Nous sommes persuadés que la stase intestinale ayant disparu, ces attaches auraient fourni une fixation très satisfaisante. Cela ne nous autorise cependant pas à affirmer que la péxie pratiquée selon notre méthode élimine à tout jamais les risques de récurrence.

Voici comment, sur les conseils du Docteur OULIÉ, nous pratiquons cette colopexie. Une laparotomie est faite sous rachianesthésie précédée de l'injection d'une ampoule d'éphédrine.

La détorsion et le vidage sont pratiqués selon les procédés que nous avons signalés plus haut. Nous choisissons alors 6 à 8 franges coliques de taille moyenne parmi les plus résistantes, grâce auxquelles nous allons suspendre notre anse oméga à la paroi abdominale. Pour ce faire, nous disposons notre colon de façon à ce que les risques de coudure ou de torsion soient supprimés et nous repérons sur la paroi abdominale les points où nous



FIGURE 4

ferons la fixation. En chacun de ces points, nous faisons deux incisions verticales parallèles, de trois centimètres de long et espacées de deux centimètres, intéressant le péritoine pariétal et l'aponévrose profonde. Cela nous permet de créer, à l'aide

d'une pince coudée, un petit tunnel, dans lequel on engage l'extrémité de la frange épiploïque choisie. On la tire, et on la suture à elle-même, l'extrémité à la base, par deux fils de lin, faisant ainsi « une anse de sceau » passée dans la boutonnière pariétale.

Une bonne suspension demande 6 à 8 franges fixées. De cette façon, nous avons l'anse oméga accolée à la paroi abdominale.

Elle remonte généralement jusqu'à l'ombilic. La fermeture de l'abdomen est faite soit en trois plans, soit en un seul, aux fils de bronze.

Cette technique permet de faire très rapidement une reposition après vidage de l'anse.

On peut lui reprocher de replacer dans l'abdomen une anse distendue, volumineuse et vide. Mais le malade l'avait très bien supportée jusqu'à cet âge et continuera à la bien supporter par la suite. Nous ne nous attarderons pas au reproche qu'on peut nous faire de laisser en place une partie d'intestin ayant contenu pendant plusieurs heures un amas de matières septiques. En effet, nous savons que l'intoxication est due à l'élaboration de produits toxiques dans la paroi, mais seulement en présence des substances contenues dans l'intestin. « Or, comme l'écrit GUILLAUME, en évacuant directement ces substances à l'extérieur, on supprime le foyer toxique qui bombarde sans cesse l'organisme de ses éléments nocifs ».

Cette méthode a comme avantages que l'intervention est faite relativement vite, le choc opératoire est minime. Il n'y a aucun risque d'infection du péritoine, comme dans les résections en un temps, aucun des risques qu'entraîne l'extériorisation de cette grosse partie du côlon dans les résections en plusieurs temps.

Ce procédé n'est pas évidemment le traitement idéal du volvulus pelvien. Nous n'avons pas l'intention de le conseiller dans tous les cas. Il est à faire chaque fois que l'on se trouve en présence d'un vieux porteur de dolichosigmoïde tordu, à état général insuffisamment bon pour lui faire supporter les frais d'une intervention plus choquante et lorsque l'état de l'anse est satisfaisant.

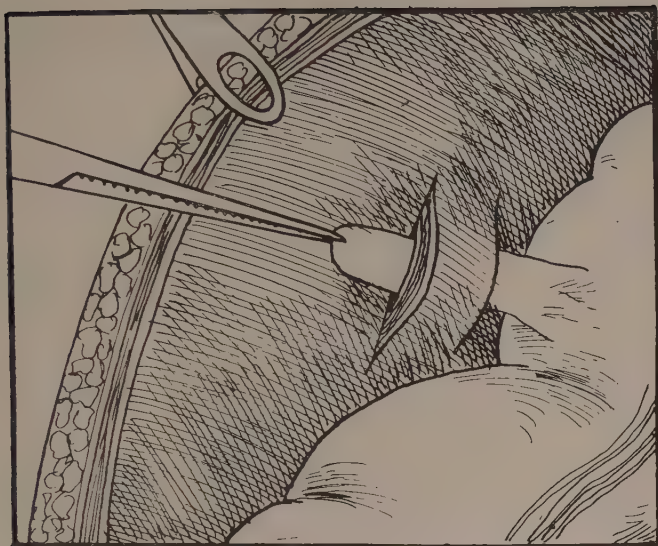


FIGURE 5

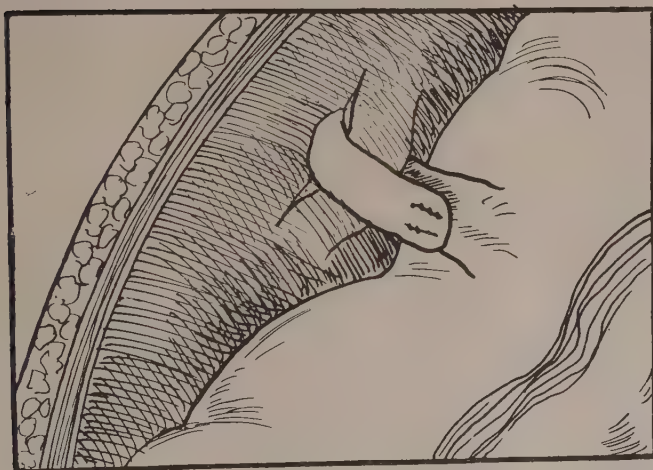


FIGURE 6

La **Méso-sigmoïdopexie** de ROUX paraît donner de meilleures garanties, la fixation pouvant se faire sur une plus large surface. En 1905, LEJARS, dans son traité de chirurgie d'urgence écrivait :

« On complètera l'intervention par la fixation de l'S iliaque à la paroi abdominale antérieure. Pratiquement, c'est le mésocôlon près de son attache intestinale que l'on réunira au péritoine pariétal. La lèvre gauche de l'incision abdominale sera largement éversée au dehors avec deux écarteurs où par la traction de deux anses de fil, et une série verticale d'anses de catgut ou de soie traverseront d'une part le péritoine pariétal à la hauteur du bord externe du grand droit, d'autre part le mésocôlon en évitant les gros vaisseaux.

Ce procédé très simple est préférable à la colopexie proprement dite, le passage des fils dans une paroi intestinale distendue et amincie étant toujours une besogne assez délicate. On lui a cependant reproché de laisser persister des douleurs, et d'avoir à plusieurs reprises occasionné de la sténose de l'anse.

En 1880, SENN, proposa de ne pas toucher à l'anse, mais de faire porter son action sur le méso. Il conseillait de pratiquer un **plissement du méso** de façon à raccourcir la hauteur de celui-ci pour diminuer la mobilité de l'anse.

Il suffit de passer plusieurs fils, en évitant les vaisseaux de nouer en tirant les deux chefs et en plissant le méso comme les plis d'un accordéon.

Ce moyen avait donné des résultats à SENN. Il exige des conditions très favorables : absence de mésentérite rétractile, méso en bon état. Lorsque la méso-sigmoïdite existe, ce plissement est impossible.

De même l'infiltration, l'œdème, l'épaississement du méso interdisent cette opération. Or il est très rare de trouver des sigmoïdes volvulés sans ces lésions.

La **Résection** de l'anse volvulée est le seul moyen thérapeutique qui, à coup sûr, supprime les récidives. Il est des cas où elle est une obligation; chaque fois que la vitalité de l'anse étant menacée, il s'est établi des lésions de gangrène, dues soit à la striction importante de l'anse, soit tout simplement à l'heure tardive où le malade est vu. De toute façon, on se trouve en présence d'un malade dans un très mauvais état général, intoxiqué, et il faut donc réduire au minimum la durée de l'opération et l'importance du choc opératoire. La détorsion sera faite rapidement après ponction et évacuation du contenu, et l'anse mise hors de l'abdomen.

On pratiquera entre quelques pinces la résection en tenant compte de la constante rétraction du méso dans les jours suivants, et on fixera à la paroi les deux bouts de l'intestin en canon de fusil.

Tous les auteurs admettent, à l'heure actuelle, qu'il faut savoir borner là son action, une entérorraphie immédiate que l'on serait tenté de faire conduirait à un désastre.

On se contentera de placer, si l'on veut, un gros tube dans le bout supérieur pour lui permettre de fonctionner comme anus en se réservant de faire dans un deuxième temps, plus tard, si le malade peut le supporter, le rétablissement de la continuité de l'intestin.

Cette résection, rendue obligatoire par l'état de l'anse, comporte une mortalité très grande. Le pourcentage le plus favorable est de 60%.

Certains auteurs préfèrent limiter leur intervention au temps de l'extériorisation de l'anse. La section étant remise à plus tard. Dans ce cas, une entérostomie de drainage au sommet de l'anse est une utile précaution.

La **Résection** pratiquée, lorsque la vitalité de l'anse est bonne, met sûrement à l'abri de la récidive, c'est le traitement idéal du volvulus pelvien.

Elle se justifie par ce fait que la récurrence est toujours là, menaçante, favorisée par la mésentérite rétractile et la stase intestinale.

Ces indications, reconnues déjà par OBALINSKI, BRAUN, STEINTHAL, ZOEGE, VON MANTEUFFEL, KUSTER, MOYNIHAN, etc..., apparurent aussi évidentes à nos auteurs LECÈNE, FORGUE, OCKINCZYC, etc..., et à tous les chirurgiens qui, jusqu'à cette heure, ont eu à traiter des volvulus du côlon sigmoïde.

ZOEGE VON MANTEUFFEL fut le premier à pratiquer cette résection, mais dans un cas spécial, l'anse étant gangrenée. Le mérite revient à VON EISELSBERG d'avoir, le premier, préconisé cette résection dans le traitement du volvulus récidivant.

C'est la méthode radicale.

La résection terminée, doit-on ou ne doit-on pas rétablir de suite la continuité de la lumière colique. Ce deuxième temps ajoute, c'est certain, à la gravité de l'opération.

C'est à cause des dangers que cela comporte que LECÈNE, en 1910, conseillait d'opérer en plusieurs temps: faire dans un premier la détorsion pure et simple, et pratiquer 15 jours plus tard, l'état général étant meilleur, la résection de l'anse. Il apportait huit observations avec succès pour étayer sa thèse.

Deux ans plus tard, MAZET reprenait cette technique en y ajoutant un temps de plus: la création d'un anus.

Nous empruntons à son texte la citation suivante: « La résection intestinale faite en plusieurs temps pour volvulus non compliqué de gangrène n'est pas une opération grave.

Telle que nous la comprenons, elle répond au triple but que doit avoir une opération pour volvulus:

- 1° supprimer la torsion;
- 2° drainer l'intestin;
- 3° prévenir le retour du volvulus.

L'opération sera faite en deux temps:

Le premier temps sera une opération d'urgence qui remplira les deux premières indications: détorsion et drainage de l'intestin par une entérostomie.

Dans le deuxième temps: la résection de l'intestin supprimera toute chance de récive.

« L'entérostomie pratiquée permet, ajoute MAZET, une évacuation immédiate et prolongée, que l'on peut faire suivre de lavages fréquents de l'intestion qui entraînent son contenu septique. »

Cet anus, d'autre part, fixe provisoirement « l'intestin détordu et prévient la possibilité d'une récive en attendant que la résection de l'intestion trop mobile soit pratiquée ».

L'intestion placé dans de telles conditions verra son œdème, son infiltration régresser et sera placé dans des conditions favorables pour la résection.

Cette technique apparaît comme assez séduisante, mais elle a des indications bien précises que l'on ne trouve pas très souvent réalisées. L'abandon de l'anse dans l'abdomen, après détorsion, suppose une vitalité entière ou quasi-entière de celle-ci. Cela doit être très difficile lorsque l'on se trouve en présence d'un ballon colique volumineux.

« Comment replacer dans l'abdomen, écrit OCKINCKZYC, cette anse gênante qui s'extériore spontanément. S'il faut l'ouvrir pour la vider et réduire son volume, autant l'extérioriser définitivement et la réséquer. »

Les observations publiées depuis une dizaine d'années et que nous avons lues, semblent montrer que la majorité des chirurgiens sont de l'avis d'OCKINCKZYC.

Tous, dans le premier temps, extériorisent leur anse. Le point, sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord, c'est de savoir s'il faut abraser cette partie de côlon dès son extériorisation, ou attendre et remettre à plus tard ce temps opératoire.

Rapportant, à la Société Nationale de Chirurgie, des communications de volvulus traités par extériorisation et résection, OCKINCZYC formula son opinion en ces termes :

« Faut-il, l'extériorisation faite, pratiquer la résection immédiate ou remettre à plus tard l'abrasion de l'anse ? Pour ma part, je ne crois pas qu'il y ait un grand avantage à retarder la résection. Je ne crois pas que celle-ci, faite à péritoine fermé, aggrave vraiment le pronostic opératoire. Je trouve même, à cette résection immédiate, l'avantage d'une hémostase plus régulière, plus méthodique du méso. Hémostase importante, beaucoup plus difficile, plus aveugle quand la résection est retardée ». OCKINCZYC cite, à ce propos, le cas du malade de LECERCLE (S. N. Chirurgie), mort d'hémorragie au cours d'une résection secondaire.

La **Résection suivie d'Entérorraphie immédiate**, malgré les dangers qu'elle comporte à priori, a eu ses défenseurs après les succès de GUIMBELLOT et LAUNAY. Les guérisons rapportées, en 1925 par MOURE et AUMONT, en 1931, par BACHY, et en 1935 par HARDOUIN, sont pour OCKINCZYC des cas heureux.

« Si nous réunissons, dit-il, tous ces cas heureux et publiés, nous n'arrivons certainement pas au total des résections immédiates en un temps pratiquées dans ces conditions, un certain mystère, et pour cause, continuera à couvrir les résultats de celles qui ne sont pas publiées. »

Dans l'observation d'HARDOUIN, l'auteur déclare qu'il fut tenté de faire l'anastomose entre les deux bouts intestinaux par le bon état général de la malade et surtout le bon état apparent de l'intestin.

« Les résultats immédiats furent excellents, ajoute l'auteur, mais après quelques semaines, nouvelle occlusion causée, cette fois, par une insuffisance de la bouche anastomotique » et de conclure, il n'en reste pas moins vraisemblable que si, dès la première observation, j'avais réséqué l'S iliaque et établi un anus contre nature, la plupart des accidents dramatiques que je viens de rapporter eussent été évités. »

Nous ne devons pas perdre de vue que nous recherchons moins des succès inespérés, qu'une méthode simple, facile, ne mettant jamais en danger la vie de nos opérés, selon la formule de VEAU. Nous pourrions, par cette méthode, obtenir des résultats favorables, si nous opérions à froid. Malheureusement cela ne se produit quasiment jamais, nous opérons toujours en période de volvulus. OCKINCZYC ajoute même: « Sans doute, nous pouvons opérer en dehors de l'occlusion aiguë, mais il n'en est pas moins vrai que, même en dehors de l'occlusion aiguë, ces intestins sont en état de stagnation plus ou moins septique, et l'état des tuniques intestinales rend les sutures toujours précaires. »

Nous concluons, d'accord en cela avec la grande majorité des auteurs, que la résection colique idéale en période d'occlusion, est une intervention audacieuse et irrationnelle à cause des dangers qu'elle fait courir aux patients et qui sont:

— la durée de l'opération;

— les mauvaises conditions dans lesquelles les sutures sont faites;

— la réintégration de sutures douteuses dans la cavité péritonéale.

Nous ne la conseillerons jamais, estimant, avec LUQUET, qu'il vaut mieux recourir à une intervention en deux temps et sauver le malade, que de le tuer en le soumettant à une opération unique, grave et compliquée, qui ne peut réussir que « par chance ».

La restauration de la continuité intestinale sera remise à huit ou dix jours après la première intervention.

Elle sera faite soit par entérorraphie circulaire des bouts intestinaux après libération, comme le firent les premiers, MOYNIHAN et STEINTHAL, soit simplement par anastomose latéro-latérale sur les conseils de LECÈNE.

Certains auteurs, lorsque les conditions sont favorables, s'inspirant de ce que font QUENU et CRUET dans les résections pour cancer, font une suture, sur une petite partie de la circonférence de l'intestin en plaçant dans le bout supérieur un gros drain de PAUL. Malgré l'impression de sécurité qu'elle nous donne, cette méthode de traitement en deux temps ne représente évidemment pas l'idéal. Aussi la préoccupation des auteurs a-t-elle été, depuis quelques années, de trouver une méthode qui, sans multiplier les temps opératoires, puisse permettre le rétablissement de la continuité, sans les risques qu'offre la résection dite idéale de l'anse volvulée.

Dès 1931, MÉTIVET rapportait trois cas de volvulus opérés par lui et où, ne voulant pas rétablir d'emblée la continuité de l'intestin, il avait fait une anastomose avec fistule in situ. Il avait obtenu ainsi trois guérisons. Dans un rapport important et très documenté sur le traitement du volvulus pelvien, DELORE et BISCH, dans la « *Revue de Chirurgie* », en 1932, proposaient un moyen qui donnait toutes les garanties à ce sujet.

« En ce qui concerne la résection elle-même, nous avons abandonné la résection dite idéale de l'anse en raison des accidents qu'elle comporte, si satisfaisante que paraisse cette méthode ou après exérèse, la continuité intestinale est assurée par suture termino-terminale et l'abdomen entièrement refermé, elle nous semble peu sûre bien qu'elle ait pu donner, entre les mains d'autres chirurgiens, de brillants résultats.

« Sans aller, au nom de la prudence, jusqu'à multiplier les temps opératoires, nous nous sommes arrêtés à la **Résection avec suture incomplète** et abouchement de l'orifice ainsi ménagé à la peau, c'est l'anus à la VOLKMANN qui, lorsqu'il est fait correctement, permet des suites très simples et, à l'inverse de l'anastomose en canon de fusil, se referme spontanément. »

Voici comment nous opérons:

a) Section des deux branches de l'intestin et ablation de la masse fournie par l'anse primitivement tordue;

b) Suture bout à bout des deux branches de section du côlon pelvien avec trois plans de suture: séro-séreux, séro-musculaire, muco-muqueux, en ménageant en avant un orifice qui représente environ le quart de la circonférence suturée.

Par cet orifice est introduit, dans le bout supérieur, un drain du calibre du pouce;

c) La zone antérieure de la suture, par laquelle sort le drain, est fixé au péritoine pariétal minutieusement: le reste du péritoine est suturé aussi soigneusement;

d) Suture musculaire et cutanée au-dessus et au-dessous du drain. Tout autour du drain on met en place une petite mèche de gaze.

Les suites sont des plus simples.

Le drain est enlevé le huitième jour.

Dès le huitième ou quinzième jour, le malade va à la selle par l'anus, tandis que l'orifice de colostomie se rétrécit progressivement. Il ne persiste plus rapidement qu'une fistulette minime compatible, s'il est nécessaire, avec une vie normale.

En 2 mois, 3 mois au plus, sans entérostomie, sans intervention complémentaire, cette fistule se bouche spontanément et disparaît. »

Quatre observations de malades guéris à des échéances plus ou moins longues, mais toujours très bien guéris, étaient apportées par l'auteur. Cela faisait un gros pas en avant, dans le perfectionnement de la technique opératoire qui, au dire de l'auteur lui-même, lui avait permis d'obtenir des résultats très encourageants et ce, sans faire courir au malade les risques de la résection idéale, et sans lui imposer des opérations complémentaires parfois très difficilement acceptées ou supportées.

L'inconvénient qui, seul semble exister dans cette méthode, c'est le risque d'infection propagée au péritoine, par la partie postérieure de la suture qui est intra-abdominale, mais le drai-

nage par la fistule tranquillise quant à l'évolution de la partie de suture intrapéritonéale.

En tous cas, les exemples apportés par DELORE et BISCH sont en faveur d'une bonne évolution de cette cicatrisation. Ce qui, à première vue, frappe et inquiète, c'est le risque considérable que pourrait entraîner le lâchage de cette anastomose en plein péritoine. Il semble cependant ne pas avoir tendance à se produire. Ce procédé vraiment séduisant ne pouvait manquer d'intéresser les auteurs. A GOINARD, d'Alger, revient le mérite d'avoir recueilli cette méthode et l'avoir mise en pratique depuis quelques années. Au mois de Juillet 1935, il apportait à la Société Nationale de Chirurgie plusieurs observations de traitement du dolichosigmoïde volvulé ou non par **résection suivie d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire « in situ »**.

OCKINCZYC pouvait dire, à ce sujet: « Je reconnais d'autant plus volontiers ce progrès, qu'en 1928, je recommandais ici formellement encore, par mesure de sécurité, les opérations auxquelles, non sans quelques déboires, M. GOINARD s'était conformé dans ses premières observations. M. GOINARD a fait mieux que moi dans la suite et je l'en félicite.

Aussi bien, de notre temps les idées vont vite et le hasard a voulu, qu'au jour même où M. GOINARD me confiait son travail, j'avais opéré par le même procédé, un mois auparavant, un malade qui avait présenté un volvulus d'un dolichocôlon sigmoïde. M. GOINARD n'a pas d'ailleurs la prétention de rien innover. Il rappelle que M. DELORE emploie, dans les mêmes cas, la même technique depuis plusieurs années.

« Il va sans dire, écrit M. GOINARD, que dans les cas de volvulus ancien, quand la paroi intestinale est sphacélée quand l'état général est grave, on doit se borner à une opération de sauvegarde, résection rapide, en abouchant les deux segments intestinaux à la paroi. »

Mais, même en occlusion, si l'état des parois intestinales et l'état général le permettent, il nous semble qu'il y a mieux

à faire et nous apportons des faits qui, croyons-nous, en sont des preuves.

L'anastomose immédiate, avec fistule partielle temporaire in situ, est tout aussi sûre que les interventions en plusieurs temps; elle procure une guérison incomparablement plus rapide. »

Continuant de mettre en pratique ce procédé, GOINARD opère depuis sa communication quatre fois encore. Il y a quelques mois à peine, en collaboration avec MERZ, de Lyon, qui a été à l'Ecole de DELORE, il reprend une fois de plus cette question à propos du traitement du dolichosigmoïde.

Quatre nouvelles observations de volvulus traité par la méthode de DELORE sont jointes à leur texte. La description de la technique dans ses moindres détails est étudiée, depuis l'anesthésie jusqu'à la fermeture de la paroi.

Pour ne pas risquer de déformer la pensée des auteurs, nous ferons un emprunt intégral à leur propre texte.

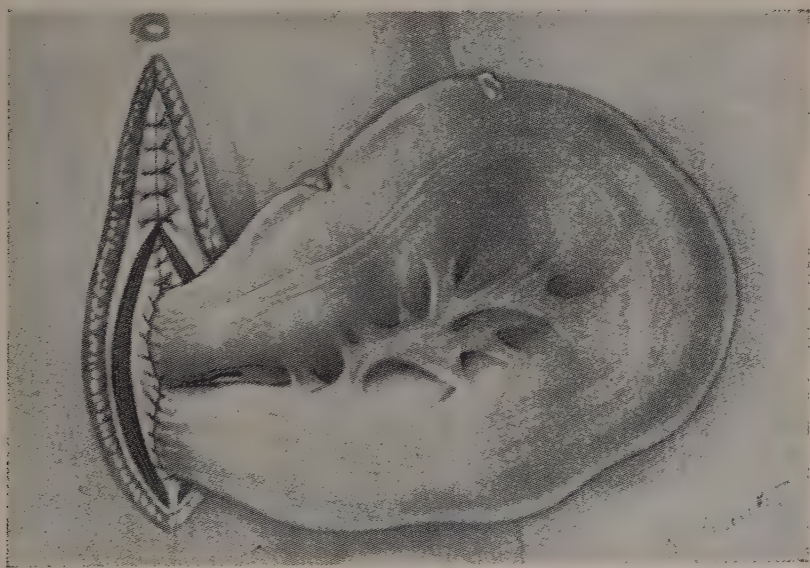


FIGURE 7 (GOINARD et MERZ: « Journal de Chirurgie »)

« Cette technique, écrivent-ils, que nous tenons l'un et l'autre de DELORE, qui a été décrite par lui dans ses grandes lignes, nous croyons utile de la préciser dans ses détails.

Anesthésie et incision. — Anesthésie par inhalation ou plutôt dans la crainte de complications pulmonaires, anesthésie rachidienne, dans les rares cas d'hypotension artérielle par occlusion, l'anesthésie loco-régionale est suffisante. — Incision médiane aussi courte que possible (ou laparotomie par dissociation, dans la fosse iliaque gauche). — Extériorisation, détorsion éventuelle et évacuation de l'anse du volvulus. — Dans le cas d'occlusion, l'anse extériorisée, même détordue, ne se vide guère d'elle-même. On a, entre les mains, un énorme ballon à parois minces que l'on craint de voir se fissurer si on le comprime. En s'aidant d'une ponction, d'une sonde rectale, puis en l'exprimant doucement, le dolichosigmoïde tout à l'heure soufflé, rebondi, finit par devenir plat, chiffonné pour se réduire à un volume qui paraît maintenant insignifiant.

Ligature et section du méso. — La méso-sigmoïdite gêne les ligatures minutieuses et atraumatiques du mésosigmoïde. Or, la plaque rétractile étoilée n'infiltre pas toute l'épaisseur du méso; elle s'étend en surface. Qu'on la débride et on découvrirait au-dessous d'elle un méso dont les éléments, le tissu cellulaire sont normaux.

L'anse étant alors bien étalée, on fait l'hémostase vaisseau par vaisseau, et on sectionne le méso à mi-hauteur.

Exclusion péritonéale. — L'anse va être extériorisée définitivement pour que l'opération soit désormais entièrement extrapéritonéale.

Dès maintenant le péritoine est fermé:

1° en rétrécissant de haut en bas par un surjet la fente péritonéale jusqu'au moment où il ne reste qu'un orifice suffisant pour laisser passer les deux pieds de l'anse;

2° en péritonisant soigneusement par surjets les deux faces de l'anse et du méso.

Dès lors le dolichosigmoïde émerge d'une surface péritonéale bien close, on a la sécurité de poursuivre son intervention hors du péritoine.

Fermeture partielle de la Paroi. — Même à ce moment, pour éviter que la paroi soit souillée au moment où on ouvrira l'intestin, nous la fermons au maximum. La fin de l'opération sera donc non seulement extra-péritonéale, mais même extra-abdominale.

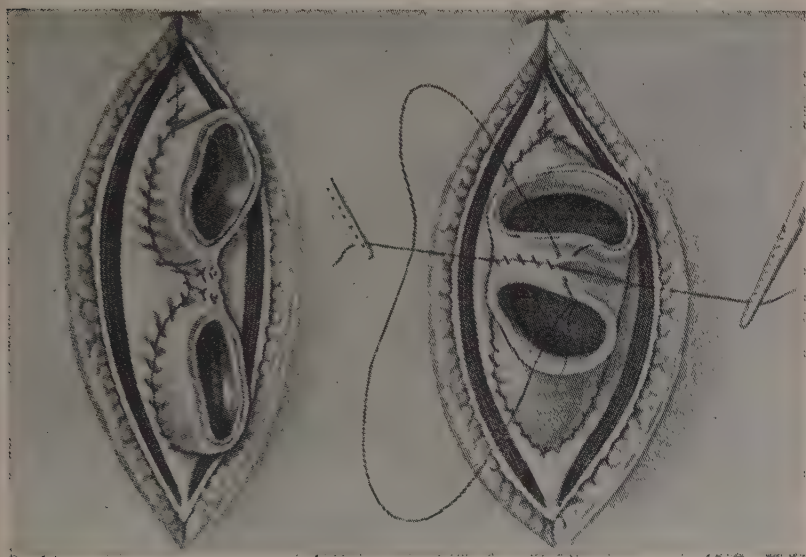


FIGURE 8 (GOINARD et MERZ: « *Journal de Chirurgie* »)

On diminue ainsi les risques de contamination pour le tissu cellulaire abdomino-pariétal.

La laparotomie, en quelque sorte, est refermée quand on commence les temps septiques.

Section de l'anse. — Un peu au-dessus de la section du méso, on pince transversalement les deux segments de l'anse complètement isolés, et au niveau de la section du méso, on les coupe aux ciseaux. Le péritoine et même l'incision pariétale ne sont pas exposés à contamination, puisqu'ils sont suturés. D'ailleurs, généralement, rien ne sort de la lumière intestinale.

Anastomose termino-terminale subtotale en trois plans.

— Entre deux fils d'appui séro-séreux, réunissant les deux extrémités droite et gauche des deux orifices d'intestin, surjet séro-séreux d'adossement postérieur.

Surjets séro-musculaire et muco-muqueux postérieurs. — Ce dernier est continué sur la demi-circonférence antérieure et arrêté à droite et à gauche, à quelque distance du milieu des orifices de manière à laisser un espace antérieur, juste suffisant pour le passage à frottement dur d'un drain introduit dans le bout supérieur.

Surjets séro-musculaire et séro-séreux antérieurs de chaque côté de cette sigmoïdostomie, refermant plus hermétiquement encore l'orifice du drain.

Fermeture de la paroi aponévrotique. Le sigmoïde affleure encore la surface extérieure de la paroi. Le refoulement intra-abdominal de l'anse est complété par deux ou trois points prolongeant vers le bas la fermeture de la paroi aponévrotique.

Insistons à nouveau sur ce qu'à d'avantageux l'exclusion de l'anastomose par suture préalable du péritoine pariétal à l'anse extériorisée.

Au fur et à mesure que l'anse réintègre la cavité abdominale, à la fin de l'intervention, puis dans les jours qui suivent, cette suture péritonéale entraîne vers l'intérieur, autour de l'anastomose, un entonnoir séreux. Même devenue très profonde, l'anastomose reste extra-péritonéale.

Résultats. — Dans les 17 cas de dolichosigmoïde ainsi opérés, dont 4 en volvulus, que nous résumons ci-après il n'y eu aucun décès.

Par une seule intervention, avec des suites très simples et dénuées de complications on a obtenu des guérisons de bonne qualité, dans un laps de temps qui a été habituellement de 3 semaines à 2 mois.

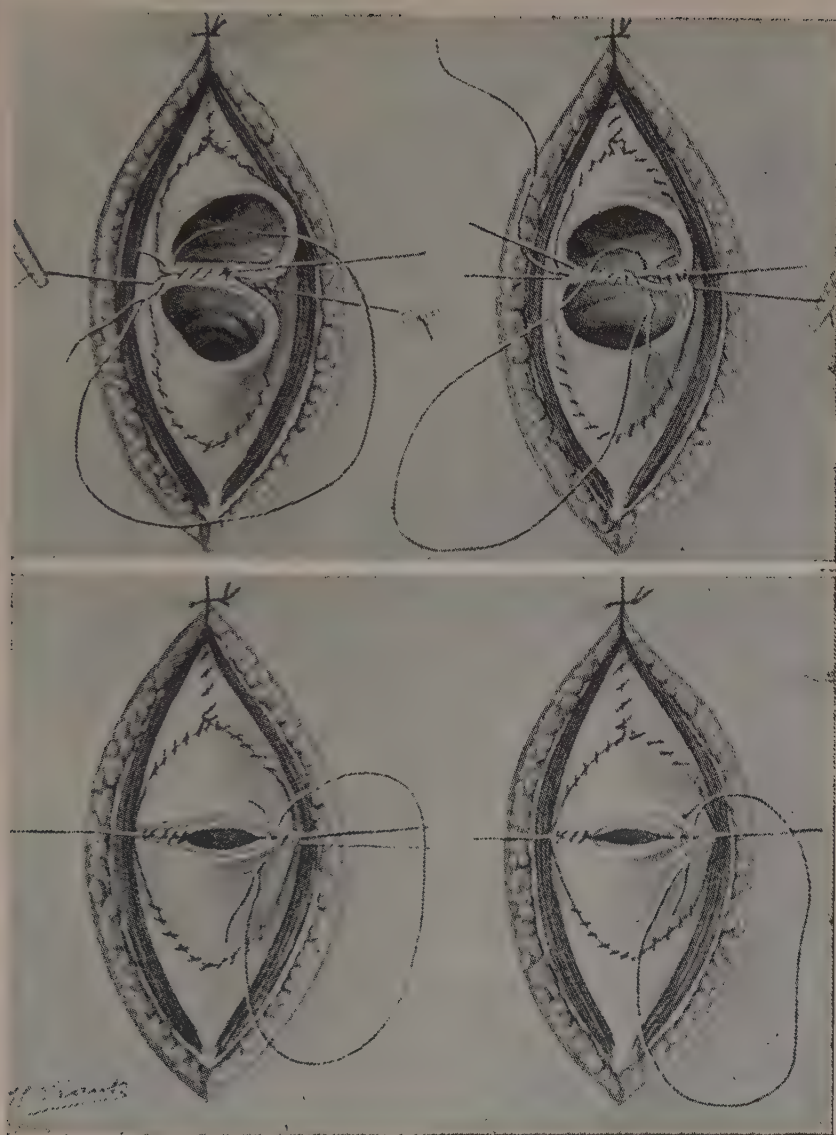


FIGURE 9 (GOINARD et MERZ: « Journal de Chirurgie »)

On observe parfois, sur les radiographies post-opératoires, des sténoses larges au niveau de l'anastomose. Mais ces images ne correspondent pas à une gêne du transit et elles ne sont pas plus accentuées qu'avec les autres procédés.

Les faits que nous apportons autorisent à considérer cette technique, en matière de dolichosigmoïde comme ayant les avantages des interventions en un temps et en deux temps sans les inconvénients des unes et des autres. »

Les satisfactions qui ont été données aux auteurs par cette technique, autorise évidemment à classer l'opération de DELORE parmi les moyens les meilleurs de traitement du volvulus.

Avoir su concilier dans une même intervention ce qu'il y avait de bon dans les deux méthodes opposées que sont la résection idéale en un temps, et la résection en plusieurs temps, voilà le mérite de DELORE et GOINARD.

Mais, comme rien n'apparaît idéal dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale, on a déjà essayé de faire mieux que DELORE et, il y a quelques mois à peine, à propos du traitement du cancer du côlon, SENÈQUE faisait décrire par son élève MILHET un procédé nouveau. **La Résection en un temps avec suture totale termino-terminale extériorisée.** Cette technique nouvelle, SENÈQUE conseille de l'appliquer aussi au traitement du volvulus par résection en un temps.

La différence entre ce que fait GOINARD et ce que font SENÈQUE et MILHET est beaucoup plus grande qu'elle n'en a l'air à première vue. Si la fermeture de l'anastomose est différente, la façon dont est comprise et faite l'extériorisation est encore plus différente.

SENÈQUE et MILHET extériorisent la suture, tandis que GOINARD l'exclue simplement du péritoine et peut la réintégrer sous le muscle et la paroi cutanée.

Sur trois observations de MILHET, deux fois les sutures lâchèrent et donnèrent une fistule sans suite fâcheuse du fait de l'extériorisation. Si l'on pouvait tenir compte des chiffres et

y attacher une grande importance, nous serions tentés de conclure, que si cette suture extériorisée a tellement tendance à se fistuliser, pourquoi ne pas se contenter d'emblée d'une suture subtotale à la GOINARD.

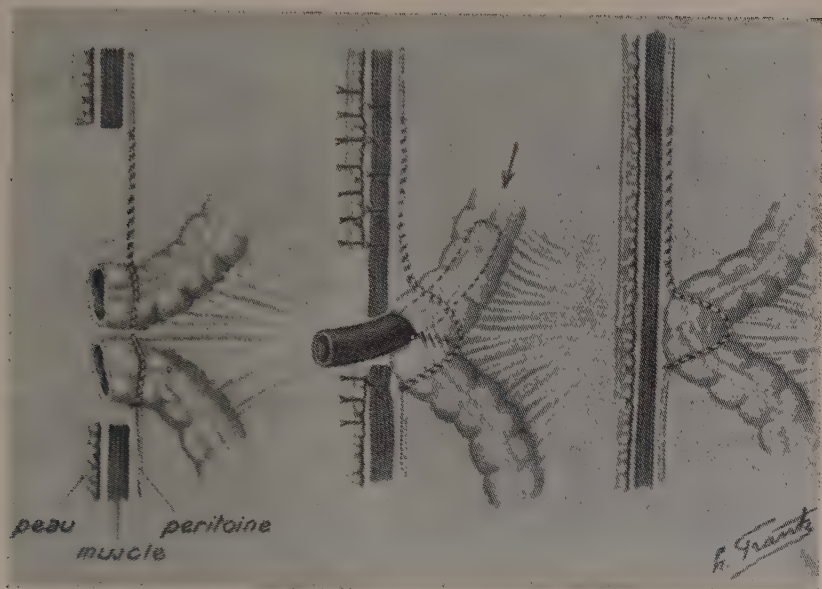


FIGURE 10 (GOINARD et MERZ: « Journal de Chirurgie »)

Les variantes dans la manière de pratiquer cette résection semblent vouloir augmenter de nombre au gré de l'inspiration et de l'initiative de chaque chirurgien.

Tout dernièrement encore, MOULONGUET rapportait, sans grand enthousiasme, à l'Académie de Chirurgie, une technique que Raymond BERNARD proposait pour le traitement du cancer du côlon, et susceptible de s'appliquer aussi à la résection du côlon pour volvulus.

« Notre technique, écrivait BERNARD, ajoute à la suture termino-terminale extériorisée déjà proposée par GOINARD, SÈNÈQUE, OCKINCZYC, une fistulisation du grêle à la WITZEL. Cette fistulisation du grêle que nous réalisons aussi, par surcroît de précaution dans l'exérèse des dolichosigmoïdes volvulés, est,

croyons-nous, indispensable, si l'on étend la méthode à l'excès des cancers coliques :

Nous croyons qu'on peut obtenir la sécurité évidemment indispensable.

1° en opposant à la stase une fistulisation à la WITZEL ;

2° en parant d'avance aux risques d'une désunion des sutures par l'extériorisation d'emblée de la suture colo-colique.

Voici les arguments qu'il apporte à l'appui de son opinion :

« Toute opération abdominale s'accompagne d'un certain degré de rétention stercorale dont le terme ultime est l'iléus paralytique. Pour nous, le facteur péritonisme n'entre pas en compte dans la production d'un iléus.

« Rétention gazeuse, rétention stercorale, iléus, sont les degrés — dont le premier est constant — de la répercussion sur l'intestin de la « maladie opératoire ».

Mais si le shock produit la rétention stercorale, la rétention stercorale ajoute au shock et laisse incertain le succès opératoire.

Ce sont ces malades que le chirurgien regarde anxieusement chaque matin, interrogeant les infirmières sur les émissions de gaz incertaines, le bocal d'urine insuffisant et le pouls trop rapide. Une sonde à la WITZEL, placée en fin d'opération, n'aurait-elle pas apporté une sécurité incomparable en supprimant la rétention stercorale, permettant à l'organisme de vaincre les autres causes du danger ? »

Pour ce qui est de la suture termino-terminale, BERNARD écrit : « Je n'insisterai pas, la question ayant déjà été soulevée par MM. GOINARD et SENÈQUE. Dans une suture à la REYBARD, le moindre sphacèle entraîne la mort, même si la désunion ne se fait que sur quelques millimètres. Mais lorsque le lâchage survient sur suture extériorisée, les inconvénients se réduiront immédiatement à une suppuration plus ou moins sphacélique de

la plaie, secondairement à la possibilité d'une fistulette, tardivement à une légère éventration.

Quant à la réintégration de l'anse dans l'abdomen, elle sera toujours spontanée et rapide, tant est forte la traction par les mésos.

Le mode de suture de ces anastomose extériorisées ne semble pas avoir en soi une importance considérable. SENÈQUE a réalisé un bout à bout précis, mais il s'agissait de dolichocolon. GOINARD fait des sutures subtotales puisque même il engage un drain dans le bout supérieur et cependant ses deux cas se sont fermés seuls.

Le premier, il est vrai, en trois mois; le deuxième en un mois.

Moins craintif que GOINARD, nous avons, dans nos cas, réalisé des sutures complètes, mais moins confiant que SENÈQUE, nous avons ajouté au bout à bout un large adossement séro-séreux de la moitié postérieure de l'anastomose afin que ne se produise pas à ce niveau un lâchage dont nous aurions redouté les conséquences pour le péritoine.

Nous avons eu trois fistules, qui se sont fermées spontanément. Nous pensions les attribuer à notre adossement postérieur qui, en effet, provoqua la formation d'un léger éperon, mais SENÈQUE, qui ne fit pas d'éperon, a eu aussi deux fistules sur quatre cas. »

La fistule à la WITZEL, si elle a un avantage en tant que moyen curatif dans les occlusions post-opératoires par adhérences, même dans l'iléus paralytique infectueux, en dérivant à l'extérieur les produits toxiques que contient l'intestin, a un but, moins logique ici.

En effet, pourquoi aller drainer le grêle alors que tous les produits que nous voulons évacuer sont au niveau du côlon.

Si on veut fistuliser, le moyen que nous a proposé GOINARD, à la suite de DELORE, semble remplir toutes les conditions que

la prudence exige. Si on fait l'entérostomie à la WITZEL par ce que l'on considère l'anastomose totale comme périlleuse, mieux vaut alors en revenir, soit simplement au vieux procédé de LECÈNE, soit alors pour être plus moderne, à l'anastomose de DELORE et GOINARD.

C'est l'avis de MOULONGUET et d'Yves BOURDE qui, l'un rapportant le travail de BERNARD, l'autre apportant une observation suivie à longue échéance, montrent les bons résultats qu'on peut attendre de la méthode d'entérorraphie incomplète avec suture extériorisée.

Les notions pathogéniques nouvelles sur le mégacôlon, sur le dolichocôlon, les succès obtenus dans leurs traitement par les résections sympathiques, par la thérapeutique endocrinienne, vont-ils modifier le traitement du volvulus ? Nous ne le pensons pas.

La torsion de l'anse oméga continuera à être l'urgence chirurgicale par excellence, celle où il n'y a pas de temps à perdre et où les opérations laborieuses ne sont pas de mise.

Peut-être, lorsque la clinique et la radiologie autoriseront un diagnostic précoce de ces affections chez les gens atteints de dysfonctionnement intestinal, pourra-t-on, par le traitement à froid, éviter la production de l'accident qu'est la torsion.

Cela sera peut-être possible dans la société où le malade a recours au médecin au moindre fléchissement de sa santé.

Or, ceux des gens qui sont le plus menacés par le volvulus ne vont pas consulter; ils mènent une vie misérable extrêmement dure, et la menace continuera à planer sur eux.

Aussi, continuerons-nous à mettre en pratique ici, celles des méthodes chirurgicales qui, jusqu'à présent, ont donné les meilleurs résultats, et que nous citerons dans nos conclusions.

ANESTHESIE

et SOINS PRE et POST-OPERATOIRES

A. — L'anesthésie par inhalation présente l'inconvénient d'exposer aux complications pulmonaires. Il faut tenir compte, que le plus souvent, nous avons affaire à des malades âgés.

L'anesthésie rachidienne constitue la méthode de choix. Elle donne un silence abdominal très satisfaisant pour l'exploration et les manœuvres de détorsion. La tension artérielle est presque toujours suffisante pour nous autoriser à la pratiquer. La faveur dont elle jouit auprès des auteurs est clairement démontrée par le nombre des malades opérés sous rachianesthésie.

L'infiltration locale, peut enfin être utilisée lorsque l'état du malade nous interdit les autres méthodes. Elle est généralement insuffisante, et ceux qui l'ont mise en pratique ont dû, presque toujours, au moment des tiraillements sur les mésos, la compléter par quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

Les autres modes de narcose sont, ou trop dangereux ou inefficaces, les lavements anesthésiques évidemment impossibles. Nous accordons la préférence à la rachianesthésie car elle nous a toujours donné des résultats très satisfaisants.

La surveillance de la tension artérielle est le point important. Pour pallier à la baisse de celle-ci, nous faisons précéder l'injection intrarachidienne de 8 cgrs de novocaïne, de l'injection sous-cutanée d'une ampoule d'éphédrine de 6 cgrs.

B. — Il ne faut pas perdre de vue que le malade en occlusion pour volvulus du côlon pelvien est fortement intoxiqué; il « se tient juste en équilibre entre la vie et la mort ».

Les soins auront pour but :

De parer à l'affaiblissement organique;

D'augmenter la résistance;

De lutter contre l'intoxication.

Les premières précautions seront assurées par le choix et la conduite judicieuse de l'anesthésie. Le rôle de la douleur n'est pas douteux dans le schok. Son atténuation au maximum le diminuera.

Le refroidissement avant et après, l'absence de calme sont des facteurs qui contribuent à affaiblir le malade; nous veillerons à les combattre.

L'intoxication due à la rétention des produits toxiques et au passage de ces produits, favorisée par la distension de l'anse aux lésions vasculaires et épithéliales constatées dans le foie et les reins, aux perturbations de la fonction hépatique et rénale, est un des gros dangers du volvulus.

La lutte contre l'intoxication devra, d'une part, stimuler et favoriser ces fonctions diminuées; d'autre part, faciliter l'élimination rénale des poisons.

Le mieux, pour « éviter de léser le rein tout en donnant à l'organisme le milieu aqueux dont il a besoin, dit GUILLAUME, pour diluer et éliminer les poisons, est d'employer le sérum glucosé: mais nous avons vu de même que la vaso-paralyse artériolique entraînait une transsudation du plasma; c'est ce qui, en partie, explique, semble-t-il, que l'injection de quantités importantes de sérum n'aboutit pas à un relèvement du taux de la diurèse.

Relever la tension artérielle et éviter la transsudation est un but que l'on doit se proposer d'atteindre. »

Le lavage d'estomac est une bonne précaution qui soulage souvent le malade.

On a également lutté contre l'intoxication de l'occlusion par l'organothérapie, soit intestinale, soit hépatique, soit thyroïdienne, soit surrénal.

Pour augmenter la résistance du malade, il faut mettre en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique, à la condition toutefois de ne pas employer de substances fortement toxiques pour le rein ou le foie, qui, déjà lésés, se trouveraient fort mal d'une intoxication supplémentaire.

Depuis quelques années le sérum hypertonique est utilisé très couramment en injection intraveineuse dans les occlusions intestinales.

Si bien que, pour beaucoup, à l'heure actuelle, occlusion = injection de sérum hypertonique.

Cela a suscité quelques très justes réflexions de LECERCLE, sur l'emploi abusif que certains font de ce sérum salé.

Voici ce qu'il écrit :

« Le sérum hypertonique intraveineux injecté suivant la technique de Gosset que j'ai contribué à faire connaître et à diffuser ici, est maintenant connue des praticiens ; mais il ne faudrait pas que, pour vouloir paraître au courant des « données nouvelles », des médecins l'emploient hors de propos, sans indication raisonnée.

« L'action du sérum sur le péristaltisme intestinal est certaine ; elle se manifeste par les coliques qui suivent la première injection.

« Mais on peut mesurer le danger qu'il y a à provoquer des contractions au-dessus du foyer d'étranglement à ce point sphacélé avant d'avoir levé ou tourné l'obstacle.

« L'action antitoxique peut produire des résurrections quand il en est besoin, mais s'impose-t-elle avant l'opération chez un malade dont la caractéristique symptomatique était justement l'absence de signes généraux, à tel point que lui-

même et l'entourage en font l'argument essentiel pour faire ajourner cette opération.

« Si le danger est dans la tranquillité que peut donner l'absence de signes généraux, on l'aggrave par l'administration d'un antitoxique, qui retarde encore l'apparition de ces signes.

« Le sérum, dans ces conditions, neutralise la toxicité comme la morphine calme la douleur qui serait utile à un diagnostic, il n'empêche pas le sphacèle local et la péritonite consécutive.

« En matière d'occlusion, et en dehors de l'occlusion paralytique où le sérum peut donner des résultats merveilleux, notamment dans l'occlusion post-opératoire, le sérum hypertonique intraveineux ne doit être injecté que lorsque l'intervention, qui lèvera ou tournera l'obstacle, décidée et acceptée, doit suivre immédiatement, ou vient d'être pratiquée. »

Et, comme dit MONDOR, avec qui nous souscrivons aux conclusions de LECERCLE, c'est toujours discréditer une méthode, fut-elle excellente, que d'en méconnaître les indications exactes et précises ».

LE PRONOSTIC OPÉRATOIRE

Les statistiques comportant des chiffres sur les cas de volvulus opérés et le nombre de guérisons obtenus sont tellement différentes les unes des autres, qu'il est impossible d'en pouvoir tirer une conclusion quant au pronostic opératoire.

Le volvulus étant une affection à allure tellement variable, tellement changeante suivant les cas, il est difficile de donner un pourcentage moyen de guérison.

Aussi, si nous donnons quelques chiffres, c'est uniquement parce qu'avant nous les auteurs qui se sont intéressés à la torsion de l'anse oméga et à son traitement ont éprouvé le besoin de le faire. Nous sommes convaincus d'ailleurs qu'ils n'ont aucune importance, puisque nous ne pouvons pas mettre en parallèle telle ou telle méthode avec leurs résultats.

La mortalité dans les statistiques antérieures à 1920 est très élevée, par rapport à celle des statistiques fournies ces dernières années.

Faut-il conclure que les uns opéraient plus mal que les autres ? Cela tient à ce que, de nos jours, les malades ont de plus en plus confiance en la chirurgie et surtout, que l'affection étant mieux connue et mieux diagnostiquée, le chirurgien peut intervenir plus précocement.

Voici quelques chiffres assez édifiants.

OCHINGER sur 30 cas de volvulus opérés rapporte 24 morts, soit 80% de mortalité.

ASHURT enregistre 70% de décès; CURTIS 80%; OBALINSKY a eu 10 décès sur 19 malades, soit 66% environ de mortalité.

FINSTERER fait mieux et ne compte qu'un mort sur 23 opérés; et LECÈNE rapporte sa magnifique et encourageante statistique opératoire avec pour 8 résections 100% de guérisons.

Dans le service du Docteur OULIÉ, lui-même, ses assistants et internes ont opéré 29 volvulus; 11 sont sortis guéris, soit 38% de guérisons.

Etant donné l'état lamentable dans lequel une grande partie des 29 malades est arrivée à l'Hôpital, on peut être satisfait de ce chiffre.

Nous sommes loin des 80% de mortalité de OCHINGER et CURTISS, mais encore plus loin des 100% de succès de LECÈNE, dont les opérés appartenaient certainement à une classe avertie, et chez qui le secours du chirurgien fut précoce.

Là aussi la conclusion est que le succès de la thérapeutique est en rapport direct avec la précocité de l'intervention.

LE PRONOSTIC POST-OPÉRATOIRE

Ce pronostic est variable suivant les méthodes mises en œuvre.

La reposition pure et simple après détorsion est suivie presque toujours de récurrence.

Lorsqu'un auteur a eu l'occasion de la pratiquer, il est rare qu'il n'ait pas été obligé, dans la suite, de réintervenir. On comprend ses regrets de n'avoir pas fait quelque chose de plus complet dès la première opération.

La colopexie a contre elle les griefs que nous avons signalés plus haut. Les récurrences par formation de brides, dues à l'allongement des points suturés, ont été signalées. Par contre nous avons revu des malades opérés 4 ou 5 ans auparavant et qui n'ont plus jamais présenté quoique ce soit d'inquiétant.

Les résultats tardifs des résections ne sont pas plus parfaits, s'il faut en croire FINOCHIETTO. Il signale chez quatre opérés par résection deux cas de récurrence radiologique de mégacolon et deux cas de nouvelles crises de subocclusion survenues plusieurs années après.

Nous n'avons pas, par ailleurs, trouvé d'autres renseignements sur les résultats tardifs des résections pour nous faire une opinion bien nette. Les résultats à quelques années, semblent, d'après les quelques observations où il en est question, assez satisfaisants.

CHAPITRE IX

VOLVULUS DU COLON PELVIEN
ET GROSSESSE

CHAPITRE IX

VOLVULUS DU COLON PELVIEN ET GROSSESSE

Nous avons jugé utile d'étudier à part cette éventualité, étant donné qu'elle fait naître, au point de vue thérapeutique, un problème très important.

Toute tumeur ovarienne, ou utérine, mais surtout l'augmentation de l'utérus gravide peut entraîner des déplacements parfois considérables de l'intestin et aboutir à la création d'un volvulus. Cela exige évidemment une prédisposition congénitale due à la longueur exagérée de l'anse oméga et de son méso.

La littérature est assez pauvre en volvulus au cours de la grossesse et les quelques observations que l'on connaît sont celles de MORESTIN, de GREEN, de LAMPE dont les relations s'échelonnent de 1904 à 1912. En 1931, dans sa thèse, LAMBERT signale qu'il existe, à sa connaissance, 29 cas de volvulus chez la femme enceinte.

BLOCH et BLONDIN en signalent un nouveau cas en 1933, et le dernier, celui de Paul BANZET, remonte à Mars 1934, ce qui fait à peine 31 cas de volvulus connus. Je ne sais si, dans sa statistique, LAMBERT a fait intervenir les deux récidives de volvulus au cours de deux grossesses, rapportées par MATRY. C'est donc une éventualité rare et, si l'on veut fixer les idées par des chiffres, voici ceux qui nous sont proposés.

TENDERICH et LÉOPOLD ont trouvé 6 volvulus du gros intestin sur 41 cas d'occlusion durant la gestation, et encore, il ne s'agit pas que de torsion de l'anse oméga, mais aussi du

caecum et du transverse. Or BRAUN rapporte qu'il y a environ une occlusion par 60.000 accouchements. On peut, par déduction, imaginer combien est rare le volvulus du sigmoïde chez la femme enceinte.

Du point de vue mécanique, on pense que c'est surtout l'augmentation de volume de l'utérus qui, entraînant avec lui l'anse colique, facilite sa torsion.

La constipation, que l'on a voulu incriminer, ne semble pas jouer ici un grand rôle. Tout au plus peut-elle ajouter son effet à celui de la migration forcée de l'intestin.

Les signes du volvulus sont, dans tous les cas, bien estompés. Ce sont ceux de l'occlusion intestinale en général, encore que l'absence de vomissements puisse bien souvent égarer le diagnostic. La perception du ballon colique, dans ce ventre déjà augmenté de volume, est très difficile. C'est la douleur qui est au premier plan chez cette femme constipée. On pense très souvent, comme le fit tout d'abord MORESTIN, à un commencement de travail. GREEN fit le diagnostic d'hémorragie intra-utérine. C'est pour cela que MAZET, dans sa thèse, écrivait : « en somme, diagnostic difficile qui n'a jamais été fait qu'après l'ouverture du ventre ». C'est aussi l'avis de BLOCH et BLONDIN.

On comprend alors le mérite de Paul BANZET qui fit le diagnostic pré-opératoire de volvulus parce qu'il avait « réussi à percevoir et à différencier du globe utérin, refoulé à droite, l'anse colique oblique et sonore qui le côtoyait à gauche et surmontait son fond ».

Son observation est d'ailleurs si instructive que nous la reproduisons in-extenso :

« Madame S..., quarante-deux ans, est enceinte de huit mois. Il s'agit de sa cinquième grossesse. Elle a eu, jusqu'à présent, quatre grossesses qui ont évolué sans le moindre incident et se sont terminées par des accouchements normaux. La grossesse actuelle s'est déroulée normalement jusque-là, lorsque le 16 avril, à 2 heures du matin, la malade est prise de

douleurs abdominales violentes à type de coliques. Elle pense à un début de travail, bien que les douleurs éprouvées ne ressemblent pas aux douleurs d'accouchement auxquelles elle était accoutumée.

« La malade est vue par mon ami le Docteur LAENNEC, qui la fait transporter dans une clinique et me demande de venir l'examiner.

« A 16 heures, l'état de la malade est le suivant: les douleurs n'ont pas cessé depuis le matin. Elles ont une allure continue, mais, sur ce fond de douleurs supportables, se détachent des crises paroxystiques atrocement douloureuses. Depuis le début des accidents, il n'y a eu aucune selle ni gaz. Pas de vomissement, mais depuis une heure ou deux s'est installé un état nauséux accentué.

« Aucune modification de l'état général, bon faciès.

« L'examen de l'abdomen permet de recueillir des signes extrêmement fructueux: ce qui frappe à l'inspection c'est une énorme distension asymétrique du ventre: il existe une grosse tuméfaction arrondie latéro-médiane droite et, la surmontant, une tuméfaction allongée obliquement de haut en bas et de droite à gauche, dessinant assez bien, sous les téguments soulevés, une anse intestinale extrêmement distendue.

« La palpation permet de sentir que la tumeur inférieure et droite est l'utérus gravide refoulé vers la droite. La seconde tuméfaction est sonore à la percussion, non douloureuse à la palpation qui déclanche des ondulations péristaltiques visibles sous les téguments.

« L'auscultation de l'abdomen est négative, ce gros ventre distendu est absolument silencieux.

« Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

« Au point de vue obstétrical, le Docteur LAENNEC me signale que les bruits du cœur sont un peu affaiblis.

« Les antécédents ne permettent de relever aucun trouble antérieur du transit intestinal en dehors d'une légère constipation chronique d'allure banale.

« Dans ces conditions, le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose, avec possibilité de volvulus du côlon pelvien, et nous décidons d'intervenir.

« Opération. — Le 16 avril, à 16 h. 30: anesthésie générale à l'éther.

« Je pratique une longue incision médiane sus et sous-ombilicale. Immédiatement fait issue du ventre une anse intestinale formidablement distendue, du diamètre d'une cuisse d'enfant. Cette anse est le côlon pelvien volvulé, mais la présence de l'utérus gravide empêche absolument une bonne exploration des lésions et je décide de faire une césarienne.

« Incision de l'utérus : extraction d'un enfant en état de mort apparente, pensant 3 kgs 800. Suture de l'utérus en deux plans au catgut chromé.

« A ce moment, l'utérus rentré dans l'abdomen, on distingue nettement le volvulus du côlon pelvien: l'intestin est tordu d'un tour et demi environ, dans le sens des aiguilles d'une montre; il n'y a pas de lésions pariétales au point de torsion; le mésocôlon est long, sans mésentérite rétractile; il existe un repli péritonéal qui prolonge en haut et en arrière le ligament large et vient se fixer sur la branche gauche de l'anse pelvienne et qui semble avoir amorcé la torsion.

« Détorsion du volvulus.

« Le volume du côlon tout entier, distendu par les gaz, est très gênant. Je fais introduire un tube de Faucher par le rectum jusque dans le côlon pelvien et je parviens facilement à évacuer les gaz qui encombrant l'intestin. Je sectionne le repli péritonéal, qui paraissait avoir favorisé le volvulus, et je termine l'opération par une suture de la paroi en un plan à la soie.

« Suites opératoires sans incident. La température reste normale. Les gaz sont évacués avec quelques difficultés et, peu à peu, le fonctionnement de l'intestin redevient normal.

« Au quinzième jour, la mère et l'enfant quittent tous les deux la maison de santé en excellent état. »

Cette observation soulève deux questions intéressantes :

1° Conduite à tenir vis-à-vis de la grossesse.

Les opinions sont divergentes.

LAMPE ne veut « pas perdre un temps inutile » pour évacuer l'utérus, et sans s'occuper de celui-ci, se contente de traiter le volvulus. Nous pensons que c'est faire peu de cas de la gêne considérable apportée par cette énorme masse utérine. On est si souvent gêné sans cela, que l'on s'étonne que LAMPE ait pu arriver à dédaigner ce gêneur.

Les autres auteurs conseillent d'évacuer l'utérus avant toute manœuvre sur l'intestin.

SWARTZ pratique un accouchement provoqué en six heures si l'état de la malade le permet, sinon, il fait une césarienne ; c'est aussi ce que préconise HAMMERSCHLAG.

Paul BANZET a agi très sagement en évacuant l'utérus par césarienne d'autant plus que l'enfant était viable — et a vécu — ce qui lui a permis d'avoir un jour très suffisant, mais nécessaire, sur les racines du mésocôlon pelvien.

« L'âge avancé de la grossesse, écrit HUET, semble constituer une double indication de la césarienne :

a) Indication de moindre péril pour l'enfant ;

b) Indication de nécessité pour le traitement correct de la lésion maternelle. »

2° Quelle doit-être la conduite vis-à-vis de l'anse ?

Dans l'observation de Paul BANZET, l'anse étant en bon état, il s'est contenté de détordre, pour ne pas aggraver les risques

opératoires. Rappelons-nous cependant les deux récidives de MATRY. L'idéal est évidemment la résection.

En tout cas, il paraît logique de s'adresser ici aux opérations sérieées. La césarienne constitue, à elle seule déjà, une opération sérieuse, et il faut se contenter de faire, dans ce premier temps, le minimum vis-à-vis de l'anse.

La méthode de LECÈNE avec détorsion, extériorisation, résection et abouchement des deux bouts intestinaux à la peau donnera ici les résultats les plus satisfaisants.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

VOLVULUS TRAITÉS PAR ENTÉROSTOMIE

Nous nous contentons de donner les observations les plus typiques.

OBSERVATION N° 1

(Résumée)

TÉDÉNAT. — « In Thèse Trabut », Montpellier 1908

Volvulus de l'S iliaque

Laparotomie au cinquième jour. Anse sigmoïde, tordue d'un tour et demi, très distendue avec des plaques ecchymotiques. Détorsion impossible. Incision de l'anse: détorsion possible. Anse fixée à la plaie pariétale en anus. Mort 9 heures après.

OBSERVATION N° 2

(Résumée)

GUINARD. — « In Traité Le Dentu et Delbet », 1909

Volvulus de l'S iliaque

DIAGNOSTIC: Cancer du haut rectum, anus iliaque gauche. Pas d'amélioration. Le lendemain laparotomie: volvulus de l'S iliaque. Fermeture de l'orifice intestinal, détorsion. Mort le lendemain, dans le collapsus.

OBSERVATION N° 3

Paul HARDOUIN. — « In Bulletins et Mémoires de la S. N. de Chirurgie »
Février 1935

*Occlusion intestinale aiguë par torsion de l'S iliaque. Intervention tardive.
Anus contre nature. Mort*

Je suis appelé, le 16 mai 1931, par mon regretté confrère le D^r G..., pour aller voir à la campagne une femme de soixante-cinq ans atteinte, depuis trois jours, d'une crise d'occlusion intestinale aiguë. La malade est extrême

ment adipeuse et le ventre présente un ballonnement énorme. Il y a absence complète de gaz par l'anus. Coliques extrêmement violentes avec quelques vomissements. Etat général fatigué.

Je fais conduire d'urgence cette femme à la clinique et j'interviens dès mon arrivée.

OPÉRATION: Anesthésie générale éther. Large incision sus et sous ombilicale à travers une paroi adipeuse épaisse. Dès l'ouverture du péritoine, saillie hors du ventre d'une anse énorme d'intestin des dimensions d'un pneu d'automobile, distendu au maximum, à parois amincies, et paraissant sur le point d'éclater. Elle est garnie de franges épiloïques considérables.

Cet intestin décrit spontanément devant moi un tour de sphère, mais sans qu'il se produise d'émission de gaz par l'anus.

Je pratique alors une ponction qui me permet de vider en partie l'anse dilatée, et je reconnais à ce moment qu'il s'agit de l'S iliaque de dimensions anormales. L'anse, tordue, mesurant approximativement 70 à 80 centimètres de longueur. Il n'existe pas d'autre obstacle du côté du rectum.

Le côlon transverse était dilaté au-dessus de la torsion; par conséquent, l'intestin grêle était de dimensions sensiblement normales.

L'état général grave de la malade me pousse à ne faire ici que le minimum. Je pratique rapidement dans la fosse iliaque gauche une incision par laquelle je sors au dehors une portion de l'S iliaque pour établir un anus contre nature, et je referme complètement l'incision de la laparotomie.

Malheureusement la malade est restée très déprimée et l'anus artificiel n'a laissé évacuer que très peu de matières liquides. A cette époque, je ne faisais pas encore de sérum hypertonique dans les occlusions, et malgré les injections stimulantes tonicardiaques diverses employées pour soutenir le cœur, et les injections de sérum artificiel, notre opérée a succombé au bout de quarante-huit heures.

VOLVULUS TRAITÉS PAR DÉTORSION SIMPLE

OBSERVATION N° 4

(Résumée)

TÉDENAT. — « In Thèse Trabut »

Volvulus de l'S iliaque

S iliaque distendu, rouge, tordu de deux tiers de tour. Tentatives de détorsion échouent. Ponction avec un gros trocart. Détorsion facile. Suture de l'orifice de ponction. Fermeture de la paroi. Guérison.

OBSERVATION N° 5

(Résumée)

MARCINKOWSKI. — « In Jour, de Chir. 1911 »

Volvulus de l'S iliaque

Homme de 49 ans, troisième crise. Ponction de l'intestin pour évacuer les gaz. Détorsion. Mort 48 heures après dans le collapsus.

OBSERVATION N° 6

(Résumée)

MARCINKOWSKI. — « In Jour. de Chir. 1911 »

Volvulus de l'S iliaque

Homme de 44 ans, première crise. Ponction de l'anse. Réduction du volvulus. Mort douze heures après dans le collapsus.

OBSERVATION N° 7

(Résumée)

GUEDROÏTZ. — « In Chirurgia, Janvier 1911 »

Volvulus de l'S iliaque

Intervention deux jours après le début. Volvulus de l'S sigmoïde en pas de vis de droite à gauche. Mésentérite chronique rapprochant les deux bran-

ches. Détorsion. Entérotomie, puis suture de l'intestin. Mort le cinquième jour.

OBSERVATION N° 8

DELORE et BISCH. — « In Revue de Chirurgie », année 1932

Détorsion simple de l'anse volvulée. Reprise des phénomènes d'occlusion. Mort.

Il s'agit d'un vieillard de 82 ans, mendiant invétéré, amené à l'Infirmerie de Porte pour occlusion intestinale complète datant de quatre jours.

La laparotomie médiane sous-ombilicale montre un côlon pelvien énorme, tordu sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Le méso, très allongé, mesure 35 centimètres de longueur environ. Les lésions de méso-sigmoïdite rétractile entraînent dans le sens transversal un adossement en canon de fusil des deux portions ascendante et descendante.

La ponction au trocart de l'anse dilatée donne issue à une forte quantité de gaz. Après suture de l'orifice de ponction, on pratique la détorsion simple de l'anse et l'on referme la paroi.

Le soir même: débâcle de selles liquides; l'état du malade paraît s'améliorer.

Mais, dès le lendemain, l'évacuation des matières cesse, le ventre se ballonne à nouveau et le malade meurt 48 heures après dans le collapsus.

Autopsie.

Cette observation est simple, mais suggestive: chez un homme, il est vrai âgé et dans un état grave, l'intervention la plus simple, l'intervention minimum, ne suffit pas.

En présence de cette anse intestinale dilatée à l'extrême par les gaz, encombrée de matières, la simple détorsion n'entraîne pas la guérison. Elle abandonne dans l'abdomen une anse forcée, incapable, par ses contractions, de contribuer à la progression des matières, d'où la reprise des phénomènes d'occlusion.

L'autopsie permet de constater que l'anse s'était distendue à nouveau et gorgée de matières liquides, montrant bien le rôle de l'occlusion paralytique dans la reprise des accidents.

Seule une colostomie pouvait permettre à l'intestin de se reposer, de reprendre sa tonicité, et jouer le rôle, sur cette anse dilatée, d'une véritable soupape de sûreté.

Détorsion. Colostomie. Cure radicale de l'anus. Récidive 2 ans après. Anastomose entre les deux pieds de l'anse. Nouvelle récidence après 2 ans. Sphacèle de l'anse. Mort.

*
**

Un homme âgé de 78 ans présente, en 1921, des signes d'obstruction intestinale subaiguë. L'opération faite au cinquième jour, le 21 septembre 1921, montre une torsion typique du côlon pelvien.

En raison de l'âge avancé du malade et de son état général, on ne juge pas prudent de pratiquer une résection du côlon, on se contente d'établir une colostomie sur le segment tordu.

Cure radicale de l'anus par voie intrapéritonéale le 1^{er} décembre 1921. Guérison.

Deux ans après. 26 Mai 1923, nouvelle crise d'obstruction.

Laparotomie: l'anse s'est à nouveau tordue: la résection paraît impossible en raison d'adhérences et l'on fait une colo-colostomie entre les deux pieds de l'anse, puis l'on crée une fistulette de sécurité sur le côlon. Suites simples: deux mois après, cure radicale de l'anus.

Tout va bien, à part une forte constipation, jusqu'en octobre 1925.

Le malade est vu alors avec une nouvelle occlusion datant de six jours.

L'intervention ne permet que de constater une nouvelle torsion sphacélée noirâtre de tout le côlon pelvien. On pratique l'extériorisation de la partie sphacélée, mais le malade meurt le cinquième jour.

Il était âgé de 83 ans.

VOLVULUS TRAITÉS PAR COLOPÉXIE

OBSERVATION N° 9

LECÈNE. — « In Revue de Chirurgie », 1910

Volvulus du côlon pelvien

Homme de 60 ans, occlusion intestinale depuis six jours.

Diagnostic: néoplasme intestinal. Première opération le 24 mars 1908
Anus iliaque droit sur le gros intestin qui se présente et que l'on croit être le caecum. Améliorations.

Deuxième opération le 15 avril 1908. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le caecum est libre et normal, la fistule a été faite sur le côlon sigmoïdien tordu de 180°. Libération de l'intestin fixé après coprostase soignée. Détorsion facile. Résection de la portion fistulisée. Fixation du côlon pelvien au péritoine. Guérison.

OBSERVATION N° 10

Roux, de Brignoles. — « In Gayet et Patel, Lyon Chirurgical »
1^{er} Mars 1911

Torsion d'un mégacôlon

Laparotomie (Mai 1902), côlon très distendu et tordu, aspect d'une énorme cornemuse dirigée de haut en bas et de droite à gauche. Parois intestinales épaissies. Détorsion. Sonde rectale évacue l'intestin. Fixation à la paroi. Guérison. Excellent résultat.

OBSERVATION N° 11

BACHY. — « In Bulletins et Mémoires S. N. Chirurgie »
28 Novembre 1931

Volvulus de l'S iléaque — Détorsion et Péxie — Guérison

Le 29 Janvier 1927, un homme de cinquante-deux ans m'est envoyé à la clinique par le Docteur Gayraud, de Chauny, pour un syndrome d'occlusion intestinale basse datant de trois jours.

Au cours de son existence, à plusieurs reprises, cet homme a souffert du ventre sous forme de colique; son ventre se ballonnait, mais tout s'arrangeait par le repos et l'application de compresses chaudes. Il avait quelquefois des crises de diarrhée succédant à des périodes de constipation.

La crise, pour laquelle il a été amené à la clinique, a débuté subitement: il a ressenti une douleur très vive dans le ventre, douleur qui s'est irradiée à tout l'estomac. Il a présenté quelques vomissements le premier jour, ceux-ci se sont calmés, mais il persistait un état nauséux. Depuis l'apparition de cette douleur, il n'a pas été à la selle ni rendu de gaz.

Le malade n'a pris, depuis le début des accidents, ni purgatifs, ni lavements.

On lui a fait un peu de sérum sous la peau, de l'huile camphrée et deux ou trois piqûres de Pantopon. Il est vraisemblable que cette thérapeutique explique pourquoi les phénomènes n'ont pas encore pris de caractère tragique.

A son entrée à la clinique, le malade se plaint d'une douleur siègeant dans tout l'abdomen, avec paroxysme au creux épigastrique et autour de l'ombilic. Il a des renvois, des nausées, mais n'a pas encore vomi.

Il précise que, depuis trois jours, il n'a eu ni selles ni gaz.

A l'examen, le ventre est ballonné, on ne voit pas se dessiner d'anse intestinale, même après une palpation profonde. La sonorité est égale dans tout l'abdomen, en déprimant la paroi abdominale dans la fosse abdominale gauche, il est peut-être possible d'apprécier un boudin gros comme un bras tendu, sonore, douloureux à la palpation.

Le toucher rectal ne donne aucune indication précise et on ne trouve ni sang, ni glaire, ni matière.

Le toucher rectal, combiné au palper, permet d'apprécier un boudin volumineux, élastique dans le cul-de-sac de Douglas.

En présence de ces phénomènes, on pose le diagnostic d'occlusion intestinale portant sur le gros intestin (à cause de la lenteur de l'évolution de cette occlusion, la conservation du bon état général et de l'existence d'un cadre sonore dans les fosses iliaques, les hypocondres et le creux épigastrique).

Intervention le 29 Janvier, à 9 heures du soir.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane. Ouverture de l'abdomen.

Les anses sont protégées par des compresses de gaz humides de sérum et chaudes.

On se rend immédiatement compte qu'il s'agit d'un volvulus de l'S iliaque: cette portion du gros intestin, énorme, violacée, se présente tout

de suite dans le champ opératoire. On examine cette torsion avec précaution : l'étranglement intestinal, qui résulte de la torsion de l'intestion sur son axe, siège dans le fond du pelvis à peine au-dessus du cul-de-sac de Douglas.

On détord prudemment cet S iliaque et en même temps on le relève et on le ramène à l'orifice supérieur du bassin. Au niveau de l'étranglement, au pôle inférieur du bassin tordu, les tuniques intestinales sont violacées, œdémateuses, mais paraissent saines.

Le méso ne paraît pas présenter de lésions très marquées, il est infiltré, les vaisseaux ne semblent pas présenter de thromboses et la circulation intestinale paraît reprendre intacte au bout de quelques secondes, surtout lorsqu'on a enveloppé l'intestion et le méso dans des compresses imbibées de sérum très chaud.

Dans ces conditions, je me contente de fixer par six fils de soie fine l'S iliaque dans le fond de la fosse iliaque, d'abord au-dessous du promontoire, puis dans la portion supérieure du pelvis, en ayant soin de faufler les points supérieurs dans le péritoine, en m'éloignant le plus possible des vaisseaux iliaques; de plus, trois fils, préalablement fixés dans la tunique intestinale, sont fixés dans la paroi abdominale, à 2 centimètres environ de l'incision; ces fils, qui fixent l'intestin, sont serrés modérément, la cavité abdominale est arrosée de sérum chaud, la paroi abdominale est fermée en deux plans au fil de soie.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été absolument normales, le malade, maintenu à la diète pendant le premier jour, a reçu deux litres de sérum salé sous la peau, de l'huile camphrée et, pendant les deux premiers jours, une injection de post-hypophyse lui a été faite.

Les gaz sont arrivés au bout de quarante-huit heures, on lui a fait un peu de sérum rectal; à ce moment, il a commencé d'aller à la selle au bout de trois jours avec le sérum rectal; on l'a purgé à l'aide d'huile de ricin, le cinquième jour après l'opération et on a commencé à l'alimenter dès ce moment.

La santé de ce malade s'est maintenue intacte depuis cette époque, suivant les conseils qui lui ont été donnés, il évite de se laisser constiper par des laxatifs simples: huile de vaseline et huile de ricin, lavement et suppositoires.

Il a été revu tout récemment en excellente santé.

OBSERVATION N° 12

(Service du Docteur OULIÉ)

Volvulus du sigmoïde traité par colopexie

B... Ahmed, 50 ans, entre le 20 Avril 1923 en occlusion intestinale depuis quatre jours, paraissant complète, mais bien supportée. Etat général assez satisfaisant.

Intervention Docteur OULIÉ.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, prolongée ensuite par une incision horizontale, sous-ombilicale droite.

A l'ouverture du péritoine, une anse apparaît: énorme, violacée, tendue. Les deux branches de l'anse sont accolées verticalement en canon de fusil, du petit bassin à l'épigastre. C'est l'S iliaque, mégacolique qui a subi une torsion d'un demi-tour de spire: occlusion de la lumière avec vascularisation persistante. Détorsion de l'anse, ponction au bistouri: évacuation des gaz et d'un peu de matières liquides. L'anse s'affaisse. Enfouissement de l'orifice de ponction en trois plans.

Fixation de l'anse détordue au péritoine pariétal antérieur.

Paroi en un plan. Crins double. Rachianesthésie.

Suites normales. Sort guéri le 15 Mai.

OBSERVATION N° 13

(Service du Docteur OULIÉ)

B... ben Tayeb, 35 ans, entre le 31 Juillet 1923 en occlusion intestinale depuis 8 jours.

Intervention Docteur OULIÉ.

Anesthésie générale éther.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Il s'agit d'un volvulus d'un mégacôlon pelvien. L'anse énorme remonte à l'épigastre. Les deux bouts sont accolés en canon de fusil par des adhérences anciennes. Volvulus sur demi-tour de spire. Ponction de l'anse au bistouri. Evacuation, suture en trois plans de l'orifice de ponction. Suspension à la paroi abdominale antérieure. Paroi en deux plans. Suites normales. Sort guéri le 17 Août.

Revu en 1935 en excellente santé.

OBSERVATION N° 14

(Service du Docteur OULIÉ)

Z... Ahmed, 32 ans, entre le 17 Mars 1926. Obstruction intestinale depuis 10 jours. A eu trois crises analogues antérieures, mais ayant cédées spontanément. On fait le diagnostic de volvulus du sigmoïde.

Intervention Docteur OULIÉ.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Enorme anse allant du pubis à l'épigastre. Torsion d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une mon-

tre, mais avec persistance de la vascularisation: l'anse est à peine rouge, seulement distendue. Ponction. Evacuation des gaz. Enfouissement de l'orifice de ponction, détorsion.

Péxie: on taille 4 languettes de 4 centimètres de long sur 1,5 de large dans le péritoine pariétal antérieur, avec le fascia transversalis correspondant, à pédicule externe: 2 à mi-chemin de l'épine iliaque, 2 au-dessus de l'ombilic.

Ces languettes vont servir à fixer l'anse. On tente d'abord de les passer dans un petit tunnel creusé au bistouri dans la bandelette colique antérieure, mais un des tunnels ainsi formé se déchire.

Il apparaît que ce pont offre peu de résistance et que sa création expose à une perforation intestinale. Aussi un seul point (gauche inférieur) est-il fixé ainsi, les autres sont constitués par le passage de la bandelette dans la racine d'une frange colique et la fixation de l'extrémité libre de la bandelette au péritoine pariétal à l'extrémité interne de la zone d'excision (bandelette en anse de seau).

Paroi en un plan au double crin. Rachianesthésie.

Suites opératoires normales. Sort guéri le 8 Avril.

OBSERVATION N° 15

(Service du Docteur OULIÉ)

C... Isaac, 72 ans, entre le 11 Juin 1927, en occlusion intestinale depuis deux jours.

Intervention Docteur OULIÉ.

Incision médiane sous-ombilicale. Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde d'un tour de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion. On fixe le côlon à la paroi, en passant et en liant dans des boutonnères pratiquées sur la paroi, les franges épiloïques.

Fermeture en un plan au fil de bronze. Rachianesthésie.

Mort le 13 juin.

OBSERVATION N° 16

(Service du Docteur OULIÉ)

K... Bachir, 27 ans, entre le 29 Juin 1927, en occlusion depuis trois jours. Bon état général.

Intervention Docteur OULIÉ.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Volvulus d'un mégacôlon pelvien. Détorsion d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre. Anse distendue. Ponction: évacuation des gaz. Suture de l'orifice de ponction. Péxie par fixation de franges dans les trajets sus aponévrotiques.

Paroi en un plan au fil de bronze. Rachianesthésie.

Décès le 2 Juillet.

OBSERVATION N° 17

(Service du Docteur OULIÉ)

A... Rabia, 50 ans, entre le 28 mai 1934, en occlusion intestinale datant de quatre jours.

Intervention Docteur OULIÉ.

Laparotomie sous-ombilicale. Il s'agit d'un volvulus d'un mégacôlon pelvien. Le mégacôlon est d'ailleurs étendu à tout le cadre colique et notamment le caecum, à paroi très épaisse et énorme. La paroi antérieure du caecum est dépouillée de péritoine.

Ponction de l'anse volvulée en deux endroits et du caecum indispensable pour pouvoir explorer et détordre. Enfouissement des orifices de ponction sous deux plans au lin.

Détorsion de l'anse d'un demi-tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Fixation à la paroi en passant trois franges épiploïques dans de petits tunnels sous l'aponévrose de la paroi antérieure.

Fixation au fil de soie. On complète la fixation par deux fils de soie passés dans des franges non pédiculées et dans la paroi.

Fermeture en un plan, crins couplés. Rachianesthésie.

Sort guéri le 17 Juillet.

OBSERVATION N° 18

(Service du Docteur OULIÉ)

M... Déradji, 55 ans, entré le 13 Février 1936, pour occlusion datant de 5 jours. Radiographie sans préparation en position verticale. On perçoit deux anses accolées dans le pelvis avec niveaux liquidiens nets surmontés d'une énorme image gazeuse. Diagnostic: volvulus du sigmoïde.

Intervention Docteur OULIÉ.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. On extériorise un énorme mégacôlon pelvien; l'anse à paroi hypertrophiée a le volume de deux poings. On constate que l'hypertrophie porte également sur le reste du cadre colique (ainsi que la dilatation). Les branches de l'S iliaque sont accolées par un méso rétractile à revêtement péritonéal nacré. L'accolement des deux pieds de l'anse se fait presque au-dessous du promontoire. Là seulement elles divergent. La rotation s'est effectuée dans le sens des aiguilles d'une montre avec un tour de cadran complet.

Introduction d'un dilateur de Trélat dans l'anus. Evacuation de l'anse par expression. Fixation de l'anse à la paroi antérieure selon le procédé habituel avec les franges épiploïques.

Paroi en deux plans. Anesthésie rachidienne.

Cicatrisation per priman. Examiné sous écran 15 jours après l'intervention: lavement baryté nécessitant l'injection de 5 litres de solution pour arriver à teinter son cadre colique. Le transit s'effectue normalement.

Cliniquement: a actuellement une selle normale tous les deux jours. Antérieurement, n'allait à la selle que tous les 5 ou 6 jours, mais sans en être incommodé.

Sort guéri le 1^{er} Mars.

OBSERVATION N° 19

(Service du Docteur OULIÉ)

H... N..., indigène de 60 ans environ, hospitalisé le 28 septembre, présente une occlusion datant de 6 jours. Ventre distendu, tympanique, asymétrique. Pouls 140. Le malade tousse et crache. C'est un bacillaire avéré. Diagnostic: volvulus du sigmoïde. Le contrôle radiographique, en position debout, sans préparation, est en faveur d'un volvulus.

Intervention BIANCARDINI.

Laparotomie sous et sus-ombilicale; issue d'une énorme anse rouge. Torsion de l'anse oméga sur deux tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Etat de l'anse: bon; circulation mésocolique conservée. Détorsion facile, vidage (écarteur de Trélat rectal). Colopexie par six fils de soie, selon la technique du service. Paroi en un plan aux fils de bronze.

Rachianesthésie. Suites très satisfaisantes.

Décédé 2 mois après de sa tuberculose.

L'autopsie montre le bon résultat de la suspension colique. L'anse a diminué considérablement de volume. Les points de suture sont très résistants.

OBSERVATION N° 20

(Service du Docteur OULIÉ)

Indigène de 55 ans environ, présentant une occlusion intestinale dont le début remonte à huit jours.

Abdomen volumineux, distendu, asymétrique, tympanique. Pouls 120 Vomissements récents. Toucher rectal négatif.

La radiographie sans préparation a montré l'image de deux gros tuyaux gonflés d'air avec deux niveaux liquidiens aux deux bases. On pense à un volvulus du côlon pelvien.

Intervention BIANCARDINI.

Incision sus et sous-ombilicale. Issue d'une volumineuse anse sigmoïdienne (chambre à air d'automobile). Il s'agit d'un volvulus sur deux tours relativement lâches autour d'un pied où il existe une mésentérite rétractile importante.

Détorsion, vidage par mise en place d'un dilatateur de Trélat. L'état de l'anse est bon. On fait une colopexie selon la technique du service.

Fermeture de la paroi en trois plans. Rachianesthésie.

Sort-guéri trois semaines après.

Nous l'avons revu et suivi à courts intervalles.

La radiographie pratiquée montre l'anse en bonne position, la constipation a très fortement diminué.

VOLVULUS TRAITÉS PAR EXTÉRIORISATION, RÉSECTION EN PLUSIEURS TEMPS

OBSERVATION N° 21

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Mohamed, 55 ans, entré le 7 Août 1925, pour occlusion intestinale datant de trois jours. Etat général très mauvais.

Intervention Docteur OULIÉ.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. On trouve un mégacôlon sigmoïde volvulé, en voie de sphacèle. Cela permet d'amener la partie saine de l'anse à la paroi où on la suture. Isolement de l'anse par des compresses dans la plaie.

Mort dans la nuit.

OBSERVATION N° 22

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Amar, 40 ans, entré le 10 Mars. Opéré à Batna en crise d'occlusion: anus caecal.

Intervention le 18 Mars 1926: Docteur OULIÉ.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Mégacôlon pelvien détordu, anse volumineuse, tendue du pubis à l'épigastre et pleine de matières pâteuses et lourdes. On se décide à une résection en deux temps. Fermeture partielle en deux plans de l'incision de laparotomie. Extériorisation de l'anse après l'avoir accolée sur 6 à 8 centimètres de long et 3 à 4 de large. Fixation du méso. Résection de l'anse dont les deux branches sont laissées fermées par un catgut.

Réintervention le 26 Mai: fermeture de l'anus caecal.

Réintervention le 17 Juin: Fermeture extra-péritonéale de l'anus colique.

Sort guéri le 31 Juillet.

OBSERVATION N° 23

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Amar, 50 ans. Volvulus d'un mégacôlon pelvien datant de 10 jours.

Intervention Docteur OULIÉ, le 14 Octobre 1926.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Ponction de l'anse énorme, remontant jusqu'à l'épigastre. Détorsion d'un tour complet dans le sens des ai-

guilles d'une montre. Fermeture de la paroi en ne laissant sortir que les deux bouts extrêmes de l'anse. On les accole et on les fixe. Hémostase préventive du méso. Section des anses à 3 centimètres de la peau.

Réintervention le 5 Janvier 1927: fermeture extra-péritonéale.

Sort guéri le 26 Février.

OBSERVATION N° 24

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Saïd, 45 ans, entre le 26 Février 1928 pour intervention (Docteur OULIÉ).

Anesthésie éther. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde (mégacôlon total). Torsion de 180°. Ponction de l'anse afférente. Extériorisation de l'S iliaque. Mèches autour de l'anse. Fermeture de la partie supérieure de l'incision. Résection de l'anse extériorisée.

Mort le 27 Janvier.

OBSERVATION N° 25

(Service du Docteur OULIÉ)

K... Miloud, 26 ans, entre le 24 Juillet 1929 pour occlusion datant de 6 jours: vomissements fécaloïdes, poulx filiforme. On sent dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction avec défense de la paroi à ce niveau. Diagnostic: volvulus du sigmoïde. Laparotomie latérale gauche, anses grêles adhérentes par l'intermédiaire de l'épiploon enflammé. Libération, détorsion de l'anse. Extériorisation de celle-ci au tube de verre.

Décès le 28 Juillet (Docteur OULIÉ). Anesthésie éther.

OBSERVATION N° 26

(Service du Docteur OULIÉ)

K... Khodja, 60 ans, entré le 23 Août 1930 pour occlusion intestinale. Intervention Docteur OULIÉ.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Cadre colique très dilaté. Anse sigmoïde énorme, un tour de spire. Méso-sigmoïdite rétractile. Détorsion Evacuation par expression après avoir placé une sonde rectale. Fermeture après extériorisation. Résection de l'anse.

Mort le 28 Septembre.

OBSERVATION N° 27

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Amar, 30 ans, entré le 2 Novembre 1930 pour occlusion datant de 3 jours. Bon état général. Vomissements. Abdomen très ballonné.

Intervention Docteur REVEL.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Méga-sigmoïde énorme tordu sur son anse. Méga-sigmoïdite rétractile typique. Détorsion. Ponction au bistouri. Extériorisation de l'anse. Fermeture partielle de l'abdomen. Résection de l'anse.

Réintervention le 24 Février 1931. Fermeture extra-péritonéale de l'anus médian.

Sort guéri le 12 Avril 1931.

OBSERVATION N° 28

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Salah, 17 ans, entre le 22 Juin pour occlusion dont le début remonte à 12 jours. Douleurs et vomissements précoces. Ballonnement intense et rapide. Examen: distension abdominale énorme, pouls 120, température 38°4.

Intervention Docteur REVEL.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Mégacôlon total, volvulus d'un mégacôlon sigmoïde. Détorsion. Au bout distal du côlon étranglé se trouve un rétrécissement de nature indéterminée. Extériorisation. Sérum hypertonique.

Mort dans la nuit.

OBSERVATION N° 29

(Service du Docteur OULIÉ)

T... Aggoun, 35 ans, entre le 10 Octobre 1931 pour occlusion intestinale datant de 3 jours.

Intervention Docteur REVEL.

Laparotomie médiane. Issue d'un flot de pus fétide. Extériorisation d'un mégacôlon sigmoïde tordu et violacé. Ponction à l'aiguille. Résection de l'anse après fixation. Fermeture partielle sur drainage.

Décès le 14 Octobre.

OBSERVATION N° 30

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Harati, 45 ans, entre le 16 Novembre 1931 pour occlusion datant de 24 heures. Début par douleur abdominale violente. Arrêt des matières et des gaz. A présenté des crises antérieures identiques mais moins violentes et résolues spontanément.

Examen: ventre extrêmement météorisé, à maximum médian. Mauvais état général, pouls rapide. Diagnostic: volvulus d'un méga-sigmoïde.

Intervention Docteur REVEL.

Anesthésie éther. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Anse sigmoïde énorme, volvulée, avec aspect typique de méso-sigmoïdite rétractile blanchâtre. Liquide louche dans l'abdomen. On ferme la paroi aux fils de bronze après extériorisation de l'anse et sa fixation, sur un drain placé dans le Douglas. On abandonne l'anse dans le pansement avec l'intention de la réséquer quelques heures plus tard. Sérum et tonocardiaques.

Mort quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 31

(Service du Docteur OULIÉ)

O... Aïssa, 45 ans, entré le 17 février 1932 pour occlusion de date indéterminée.

Intervention Docteur REVEL.

Laparotomie médiane, volvulus d'un méga-sigmoïde (mégacôlon total). Extériorisation. Détorsion. Evacuation des gaz par expression après introduction d'une sonde rectale. Accolement des deux anses et suture de la paroi. Résection de l'anse 24 heures après.

Mort le 25 Février.

OBSERVATION N° 32

(Service du Docteur OULIÉ)

L... Tahar, 70 ans, entré le 25 Avril 1932 pour occlusion datant de 4 jours.

Intervention Docteur REVEL.

Rachianesthésie. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'anse et sa détorsion, fixation à la paroi.

Décès le 28 Avril.

OBSERVATION N° 33

(Service du Docteur OULIÉ)

B... Belgacem, 35 ans, entré le 11 Mai 1932 pour occlusion datant de 40 heures. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements. Ventre extrêmement ballonné et tendu. Dilatation plus marquée dans l'hypochondre gauche. Diagnostic: volvulus du sigmoïde.

Intervention Docteur GUEDJ.

Rachi: 0 gr. 12. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Double torsion dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion. Mésentérite rétractile. Fermeture en deux plans après extériorisation de l'anse. Résection au bout de 3 jours.

Réintervention le 12 Octobre 1932. Fermeture extra-péritonéale de l'anus colique.

Sort guéri le 4 Janvier 1933.

OBSERVATION N° 34

(Service du Docteur OULIÉ)

A... Belkacem, 65 ans, entré le 6 Septembre 1933 pour occlusion intestinale datant de 4 jours. Distension totale de l'abdomen. Bon état général.

Intervention (Docteur LEROY).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Volvulus du côlon pelvien. Ponction. Détorsion. Extériorisation après fixation à la paroi. Résection.

Décès le 8 Septembre.

OBSERVATION N° 35

(Service du Docteur OULIÉ)

Z... Mohamed, 15 ans, entré le 5 Octobre pour occlusion datant de 8 jours. Diagnostic: volvulus du sigmoïde. Etat général médiocre.

Intervention (Docteur LEROY).

Anesthésie éther. Laparotomie sous et sus-ombilicale. Extériorisation après détorsion (2 tours). L'anse est laissée dans le pansement.

Décès le 9 Octobre.

OBSERVATION N° 36

(Service du Docteur OULIÉ)

M... Lakhdar, 55 ans, entré le 20 Février 1934 pour occlusion datant de 4 jours. Très mauvais état général.

Intervention Docteur GUÉDJ.

Extériorisation après détorsion. Fermeture en un plan au fil de bronze en laissant l'anse extériorisée dans le pansement.

Décès dans la nuit.

OBSERVATION N° 37

(Service du Docteur OULIÉ)

A... Abdallah, 60 ans, entré le 23 Août 1934, pour occlusion de date indéterminée. Diagnostic: volvulus du sigmoïde.

Intervention Docteur MORAND.

Anesthésie éther. Médiane sus et sous-ombilicale. Détorsion. Extériorisation et résection après fixation de l'anse. Fermeture en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires agitées. Congestion pulmonaire grave bi-latérale. Guérison. Au cours des efforts de toux, éventration au-dessus de l'anus. On peut maintenir les anses grêles sous un bandage serré. Cicatrisation retardée de la plaie opératoire.

Réintervention le 16 Novembre (Docteur GUEJ).

Rachi-anesthésie. Fermeture extra-péritonéale de l'anus colique médian. Au cours de l'intervention on ouvre le grêle adhérent au bout afférent du colon. Fermeture en trois plans. Trois jours après l'intervention, la suture colique lâche. Peu de temps après, la suture du grêle fait de même, il s'établit une fistule du grêle, vraisemblablement haut située (matières non digérées, cachéxie rapide).

On décide une réintervention, le 13 Décembre (Docteur GUEJ).

Anesthésie balsoforme. Le mauvais état du grêle adhérent nécessite une résection intestinale de 1 m. 20. Anastomose latéro-latérale. Fermeture en deux plans. Crins double sur la peau, sur drain pelvien. Sérum intra-veineux. Ouabaïne.

Décès le 16 Décembre.

OBSERVATION N° 38

(Service du Docteur OULIÉ)

L... Mohamed, 48 ans, entré le 30 Mars 1935 pour occlusion intestinale datant de 3 jours. Diagnostic: volvulus du sigmoïde.

Intervention Docteur GUEJ.

Anesthésie éther. Laparotomie médiane. Extériorisation. Détorsion. Fermeture de la paroi en un plan après fixation des anses à la paroi. Résection. Schock.

Mort dans la nuit.

OBSERVATION N° 39

M. J. GUIBAL (de Nancy). — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie » Juin 1932

*Volvulus du sigmoïde, fistule caecale, résection secondaire,
anus iliaque, fermeture de l'anus*

Madame B..., 43 ans, est atteinte depuis l'enfance d'une constipation intense; depuis 1928 les selles sont encore plus irrégulières et la malade est obligée de prendre constamment des laxatifs et souffre parfois de coliques abdominales violentes.

Le 20 Septembre 1929, la malade est prise subitement de douleurs intenses localisées dans le bas-ventre; ces douleurs surviennent par crises paroxystiques arrachant des cris à la patiente. Elle n'a pas eu de selles depuis deux jours mais ne s'inquiète pas autrement en raison de sa constipation opiniâtre; le 21 les douleurs sont moins fortes, elles se calment même complètement à la suite d'une émission diarrhéique; puis les douleurs reprennent et la malade n'a plus ni selles ni gaz jusqu'au 24 Septembre, date à laquelle un médecin consulté porte le diagnostic d'occlusion intestinale et dirige la malade sur la clinique. Depuis le matin la malade vomit abondamment des matières d'abord jaunâtres, puis brunâtres et enfin fécaloïdes; l'état général est très touché, le pouls est à 130.

L'examen du ventre décèle un ballonnement intense qui s'étend à tout l'abdomen; à la palpation on a la sensation de percevoir le cadre colique distendu, aussi bien à droite qu'à gauche. La percussion décèle un tympanisme intense et ne déclenche pas de péristaltisme intestinal visible. Toucher rectal négatif.

En raison de l'état général et en l'absence de météorisme localisé, on décide de pratiquer seulement une fistule caecale.

Le 24/ Septembre 1929: anesthésie locale à la scurocaïne; dès l'ouverture du ventre on tombe sur le caecum largement distendu. La fistulisation caecale, assez large, donne issue à un flot de gaz et de matières liquides: la malade se sent immédiatement soulagée, les coliques abdominales et les vomissements disparaissent rapidement et, dès le lendemain, le pouls s'est considérablement ralenti. Des injections de sérum artificiel, de sérum hypertonique et des toni-cardiaques relèvent l'état général et l'opérée entre rapidement en convalescence; l'anus iliaque droit fonctionne régulièrement et le transit intestinal se rétablit par les voies naturelles au bout de 6 jours.

Le 15 Octobre 1930, un lavement bismuthé permet de découvrir à la radiographie une anse sigmoïde considérable dont le sommet remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde; les deux extrémités de cette anse sont très rap-

prochées formant un pédicule étroit; il existe, à l'union du côlon descendant et de cette anse, un angle très aigu.

On décide d'intervenir par voie médiane pour réséquer ce méga-sigmoïde.

Le 29 Octobre 1930: laparotomie médiane sous-ombilicale (anesthésie au mélange chlore-éther).

Dès l'ouverture du ventre, on trouve un énorme côlon sigmoïde de 10 centimètres de diamètre environ; l'extériorisation de cette anse est facile, on constate un épaississement du méso sigmoïde qui présente des plages nacrées de mésentérite rétractile. Le pied de l'anse est très étroit et le côlon descendant est fixé normalement à la paroi pelvienne. Il s'agit donc seulement d'un méga sigmoïde sans défaut d'accolement du côlon descendant.

En raison de la distension considérable de l'anse on renonce à une suture termino-terminale et, après extériorisation du sigmoïde et accolement en canon de fusil par quelques points de fil de lin de l'anse descendante et de l'anse ascendante, on suture la paroi abdominale en trois plans, puis, le ventre fermé, on pratique la résection de l'anse intestinale et l'hémostase du méso. Mise en place d'un tube de Paul dans le bout supérieur du sigmoïde. L'anse réséquée mesure 60 centimètre de longueur.

Suites opératoires très simples: la fistule s'obture spontanément et l'intestin fonctionne normalement par l'anus médian. On effondre progressivement l'éperon de l'anus par la pose d'un entérotome à trois reprises et, le 20 Novembre 1930, on pratique la fermeture extrapéritonéale de l'anus. Durant une quinzaine de jours une fistulette persiste au niveau de la ligne médiane, puis le cours des matières se rétablit normalement, la fistule caecale s'étant obturée spontanément.

En Décembre 1930, la malade se porte bien et ne présente plus de constipation, les selles sont régulières.

OBSERVATION N° 40

Volvulus du sigmoïde sphacélé, résection et abouchement à la peau. Mort

M. P..., 73 ans, retraité de la Compagnie des Chemins de Fer de l'Est, est interné à l'Asile départementale de Maréville pour démence par artério-sclérose depuis le 1^{er} Septembre 1930. Depuis son arrivée, le malade reste alité, ne souffre nullement et a de l'incontinence d'urines.

Le 26 Octobre 1930, diarrhée assez abondante; le malade ne s'alimente pas, mais ne se plaint de rien.

Le 28 Octobre au matin, douleurs abdominales intenses. Le malade crie et hurle dans la salle; l'infirmier constate que l'abdomen est un peu

distendu, les douleurs surviennent par crises de plus en plus violentes; selle sanglante noirâtre vers midi, apparition de vomissements, d'abord bilieux, puis noirâtres. L'interna du service diagnostique alors une réaction péritonéale et m'appelle dans la soirée.

Le 28 Octobre, à 19 heures, je trouve un vieillard amaigri dans un état lamentable: le pouls misérable à 160, le faciès est franchement péritonéal, la langue est sèche, le malade gémit d'une façon continue, présente un hoquet persistant et rejette par la bouche un liquide fécaloïde horriblement fétide. La température s'élève à 38°.

L'abdomen est météorisé et très sensible au toucher; il existe une voussure plus accentuée dans la moitié gauche du ventre: à la percussion, on décèle une légère matité dans les flancs et une sonorité tympanique dans la région péri-ombilicale répondant à la voussure abdominale. Au toucher rectal on perçoit, par le palper bimanuel, une masse pseudo-kystique remontant au-dessus de l'ombilic.

En raison de l'intensité des accidents douloureux et de la brusquerie du début de l'affection, on porte le diagnostic de volvulus du sigmoïde; malgré l'état désespéré du malade, on décide d'intervenir.

28 Octobre 1930, anesthésie superficielle au chloroforme. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale; dès l'ouverture du ventre s'écoule une sérosité noirâtre d'odeur putride. Une anse intestinale de 7 centimètre de diamètre apparaît aussitôt: elle est noire, infiltrée et, par places, **verdâtre**. La paroi paraît cartonnée sans aucune souplesse; l'exploration rapide montre qu'il s'agit bien de l'anse sigmoïde tordue sur elle-même. Après extériorisation, on constate que le pied de cette anse est très rétréci et complètement ecchymotique. Après détorsion de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre, le méso paraît infiltré, les vaisseaux sont thrombosés et l'anse, malgré des aspersions de sérum chaud, ne se recolor pas et ne reprend aucune élasticité. On décide de réséquer cette anse sur toute la longueur suspecte (60 centimètres environ); extériorisation de l'anse que l'on place sous des champs imbibés de sérum; fermeture rapide de la paroi aux crins en un plan et résection extra-abdominale de l'anse sigmoïde après adossement en canon de fusil des deux segments intestinaux; pose d'un tube de Paul. L'opéré reçoit des injections répétées de sérum sous-cutané et de sérum hypertonique intraveineux. L'intestin fonctionne par le tube de Paul; au deuxième jour, l'abdomen est souple, mais des complications pulmonaires graves enlèvent le malade le troisième jour.

OBSERVATION N° 41

*Volvulus du sigmoïde, détorsion, guérison, récédive, résection
et abouchement à la peau*

Mademoiselle J. P..., 36 ans, internée à l'Asile départemental de Maréville depuis 1927, pour psychose hallucinatoire, est une constipée chronique.

Le 16 Octobre 1930, vers 6 heures, la malade éprouve de violentes coliques abdominales. Ce sont des crises douloureuses très intenses, survenant par paroxysmes et localisées surtout dans le bas-ventre. Arrêt des matières et des gaz. Ces crises augmentent de violence dans le courant de l'après-midi. La malade a quelques hoquets et un vomissement bilieux; l'abdomen se ballonne, l'état général s'aggrave rapidement et le pouls s'accélère.

Nous sommes appelé d'urgence, à 17 heures, la malade présente le tableau clinique de l'occlusion intestinale aiguë, traits tirés, respiration courte et superficielle entrecoupée de véritables hurlements de douleurs, la langue est sèche. Il s'agit d'une personne très maigre; l'abdomen est fortement distendu, surtout à gauche et sur la ligne médiane, et le ballonnement s'étend jusqu'à l'appendice xyphoïde. L'inspection ne décèle aucun péristaltisme visible. A la palpation, on a l'impression de percevoir à travers la mince paroi de la malade un énorme boudin allongé verticalement dans la région pubienne, au creux épigastrique; cette masse est lisse et régulière et donne véritablement l'impression de palper une volumineuse chambre à air de pneumatique à travers le ventre; il s'agit manifestement d'une anse intestinale distendue, très sonore à la percussion. Le toucher rectal et vaginal permettent de sentir cette anse dans le pelvis. Température 38°, pouls 110.

Le diagnostic s'impose. Il s'agit d'une occlusion aiguë par volvulus du côlon sigmoïde.

Intervention immédiate à 17 h. 30.

Laparotomie médiane sous anesthésie générale au chloroforme: l'anse intestinale distendue est plaquée sous le péritoine; dès l'ouverture du ventre s'écoule une sérosité sanguinolente abondante. L'anse tordue est bien le côlon sigmoïde; elle remonte jusqu'à la coupole diaphragmatique et a un diamètre de 15 centimètres. Pour l'extérioriser, nous devons prolonger l'incision presque jusqu'à l'appendice xyphoïde; elle est longue de 1 m. 50 environ et a le calibre d'un gros pneu d'automobile; on arrive seulement à voir le pied de cette anse, il est tordu de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre, détorsion assez facile malgré les dimensions de l'anse volvulée. Une bride épiploïque provenant du grand épiploon contourne le pied du volvulus; on la sectionne entre deux ligatures. Le méso est épaissi, infil-

tré mais non thrombosé; l'anse intestinale détordue a repris une couleur normale indiquant que la vascularisation n'a pas été profondément touchée par le volvulus. L'anse tordue comprend non seulement le côlon sigmoïde mais aussi le côlon descendant et l'angle gauche, qui présentent un défaut d'accolement à la paroi abdominale postérieure.

Ponction de l'anse intestinale, des gaz s'échappent rapidement et le côlon s'affaisse.

Enfouissement par deux surjets en bourse de l'orifice de ponction; fixation par quelques points de catgut du côlon descendant à la paroi postérieure. Suture de la paroi en trois plans sans drainage, dilatation anale et mise à demeure d'une canule de Plombières pour faciliter l'issue des gaz.

Injections de sérum salé hypertonique intraveineux, à 10%, toutes les quatre heures, durant quarante-huit heures; suites opératoires sans incidents. Rétablissement rapide du transit intestinal normal.

A partir du 15 Février 1931, la malade se plaint de nouveau de constipation avec quelques phénomènes douloureux abdominaux.

Le 27 Février 1931, crises douloureuses violentes qui ne cèdent pas aux injonctions d'atropine; l'abdomen se météorise; arrêt des gaz et des matières: le diagnostic de récédive du volvulus s'impose au personnel de l'Asile de Maréville et nous sommes appelé aussitôt. Le poulx, à ce moment, est irrégulier et passe par des périodes d'accélération puis de ralentissement.

Nous ne pouvons arriver qu'à 21 h. 30. Le facies n'est pas altéré, la langue est humide, le poulx bien frappé à 90, l'abdomen est météorisé, la distension est surtout marquée suivant une ligne oblique allant de la fosse iliaque gauche à l'hypocondre droit.

Le diagnostic de volvulus ne se discute même pas et nous décidons d'intervenir de suite non seulement pour détordre l'anse mais aussi pour réséquer le mégacôlon, cause de cette récédive.

La laparotomie médiane doit être prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde pour permettre l'exétriorisation de l'intestin tordu; le volvulus comprend non seulement le sigmoïde mais aussi le côlon descendant et à moitié du côlon transverse, entraînant avec lui le grand épiploon et l'estomac. Le pied du volvulus est large et peu serré, il comprend toute la lame méso-colique; détorsion facile en sens inverse des aiguilles d'une montre de 360°. On décide de réséquer toute la partie mobile de ce mégacôlon. Décollement colo-épiploïque depuis l'angle splénique jusqu'à la région moyenne du côlon transverse. Section du côlon entre deux ligatures; les deux moignons sont soigneusement protégés par un épais pansement; hémotase du méso-côlon par transparence très près du côlon et libération progressive de l'intestin jusqu'à la portion terminale du sigmoïde qui présente un calibre de 18 centimètres environ. Section et protection sans traction à la brèche opératoire

Fermeture rapide en un plan au fil métallique des deux tiers supérieurs de l'incision, accollement en canon de fusil des deux moignons intestinaux par quelques fils de lin, capitonnage et péritonisation de toute la tranche de section du méso-côlon; fermeture du reste de la brèche opératoire en un plan et fixation de l'anus au péritoine pariétal par quelques fils.

Pose d'un tube de Paul sur le segment proximal de l'anus.

Guérison en dix jours sans aucun incident, le transit normal se rétablit le 22 Mars 1931.

Amélioration très rapide de l'état général, selles régulières; l'état mental n'est pas amélioré. En Novembre 1931 la malade est dans un état parfait qu'elle n'a jamais eu avant son intervention.

OBSERVATION N° 42

Paul HARDOUIN. — « In Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie », Février 1935

Volvulus de l'S iliaque. Détorsion simple. Récidive de la torsion.

Résection. Complications diverses

Mademoiselle Suzanne X..., âgée de 18 ans, arrive dans mon service le 26 Septembre 1931, présentant depuis 48 heures des signes d'occlusion intestinale; le ventre est très distendu avec crises douloureuses violentes, absence de matières et de gaz par l'anus, anoréxie totale, quelques nausées mais pas de vomissements. Température rectale, 38°.

Sa mère est morte bacillaire à 38 ans et aurait subi 9 interventions sur l'abdomen. Le père est vivant et bien portant. Deux sœurs sont décédées en bas âge. Il lui reste un frère en bonne santé.

Personnellement, Suzanne a toujours été chétive et me dit qu'elle souffre constamment du ventre depuis son enfance, avec constipation habituelle. De temps en temps, cette constipation s'accompagne de ballonnement du ventre, puis survient une débâcle brusque de matières et de gaz, et pendant quelques jours elle est en bonne santé, mais les accidents se reproduisent bientôt. Cette fois, la crise a revêtu un caractère de gravité inaccoutumée et c'est ce qui la conduit à se confier à nos soins.

Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans. Malgré ses 18 ans, elle a l'aspect d'un enfant de 13 à 14 ans, extrêmement maigre. En outre, elle présente aux deux mains des déformations rhumatismales qui la gênent beaucoup dans tous les travaux manuels. Devant les signes évidents d'occlusion intestinale, je décide l'intervention.

Opération du 26 Septembre 1931: Anesthésie générale au Balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. Il sort aussitôt hors du ventre un S iliaque, du volume d'un gros bras, surdistendu sur une longueur de 60 centimètres. Il est tordu sur son méso, de un tour, en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre.

Détorsion facile. Il existe sur le méso une ecchymose légère au point où siégeait la torsion; pas d'adhérences de voisinage.

Au moment où l'obstacle s'est trouvé levé, il sort brusquement par l'anus une grande quantité de gaz et, en prenant doucement l'intestin de haut en bas, j'arrive à évacuer la presque totalité du contenu de l'anse dilatée.

Tout s'est passé si simplement que je crois pouvoir rentrer l'intestin dans le ventre, et suturer la paroi abdominale sans faire davantage.

Les suites opératoires ont été des plus bénignes et la malade a quitté le service au bout de 20 jours, dans un état aussi satisfaisant que possible.

Ajoutons cependant que cette amélioration n'a été que relative et, depuis lors, à plusieurs reprises, me dit-elle, se sont produites des crises de coliques analogues à celles déjà éprouvées les années passées.

Le 10 Février 1934, deux ans et demie après la première intervention, cette jeune fille, âgée de 21 ans, revient dans mon service avec des signes d'occlusion intestinale datant de 48 heures, avec symptômes en tous points analogues à ceux que j'avais observés à la crise précédente.

Je procède immédiatement à une nouvelle opération.

Anesthésie à l'éther. A l'ouverture du péritoine, saillie à l'extérieur d'une anse de gros intestin des dimensions minimum d'une bouteille d'un litre, repliée sur elle-même en forme d'ellipse, et d'une longueur approximative de 70 centimètres.

Cette anse est tordue deux fois sur elle-même autour de son mésentère dans le sens des aiguilles d'une montre. Il s'agit à nouveau de l'S iliaque.

Détorsion facile suivie immédiatement, comme la première fois d'émission abondante de gaz par l'anus.

Je résèque alors, entre deux pinces clamps élastiques, 60 centimètres d'intestin. Hémostase du mésentère et reconstitution immédiate de la continuité intestinale par entéro-anastomose latéro-latérale.

Fermeture de la paroi sans drainage. Sérum hypertonique à plusieurs reprises dans la journée.

Les suites immédiates de l'intervention sont excellentes et la malade sort guérie au bout d'un mois.

Mais quelques semaines plus tard il se produit à nouveau des troubles intestinaux, se traduisant par des coliques vives et une constipation opiniâtre allant jusqu'à la pseudo-occlusion.

Un lavement baryté me montre que la bouche anastomique intestinale s'est fortement rétrécie, et le transit de la bouillie opaque se fait difficilement à travers un orifice des dimensions d'un crayon.

Nouvelle intervention le 10 Avril 1934. Incision sous-ombilicale. Je trouve rapidement le siège de l'anastomose et je constate en ce point de très nombreuses adhérences épiploïques et intestinales que je libère d'ailleurs assez facilement.

La région où a porté la suture intestinale est fortement indurée.

Je pratique alors une nouvelle anastomose latéro-latérale entre le caecum et ce qui reste de l'S iliaque, immédiatement au-dessous de la précédente intervention. En ouvrant le côlon, je constate avec une pince qu'il existe bien un rétrécissement très serré au niveau de la suture, faite le 10 Février.

J'enlève en même temps l'appendice, craignant de voir survenir à ce niveau des accidents inflammatoires parmi toutes ces adhérences, puis je referme la paroi en laissant pour 48 heures un petit drain dans le Douglas.

Guérison sans complications. Le fonctionnement intestinal se rétablit rapidement de façon normale et notre jeune malade s'alimentant bien et allant régulièrement à la selle reprend rapidement ses forces.

Hélas, nous n'en avons pas encore terminé avec les complications.

Le 11 Octobre 1934, en revenant du Congrès de Chirurgie de Paris, je retrouve la malade dans mon service. Il y a trois jours, en pleine santé, alors que depuis déjà longtemps elle ne ressentait plus de troubles du côté de l'abdomen, elle a été prise de douleurs vives dans le bas-ventre, bientôt accompagnées d'un peu de ballonnement avec une absence complète de matières et de gaz par l'anus, et une température de 38°5.

La veille, il lui a été donné un lavement sans résultat.

Lorsque je la vois, le ventre est extrêmement douloureux, résistant dans toute la paroi sous-pubienne et particulièrement dans la fosse iliaque gauche. Vomissements.

Pouls petit et rapide. Etat général très déprimé. Devant ces symptômes et en particulier à cause de la température, je songe à une péritonite et j'interviens de suite.

Opération: anesthésie générale, éther.

Incision abdominale sous-ombilicale, à l'ouverture du péritoine, il s'échappe au dehors des gaz et du liquide louche abondant qui remplit tout le petit bassin. On y remarque quelques petits débris alimentaires.

La collection semble être restée localisée à la région inférieure du ventre, et la paroi irrégulière qui la limite est recouverte de fausses membranes. Il existe au-dessus des anses intestinales et de l'épiploon formant une masse adhérente qui a protégé le péritoine supérieur.

J'étanche aussi complètement que possible la collection aéro-purulente, et je cherche prudemment la perforation intestinale que je ne parviens pas à découvrir au milieu de tous ces tissus infectés et plus ou moins adhérents. D'ailleurs toute suture serait ici impossible.

Je me contente donc de drainer largement le bassin avec un Mickulicz dans lequel je place cinq longues mèches et je suture partiellement la paroi supérieure.

Cette fois, les suites opératoires ont été longues et difficiles et pendant 5 à 6 jours l'état de notre opérée a été des plus alarmants: suintement abondant par le Mickulicz, suivi au bout de 48 heures de sortie de matières fécales par la plaie. Cependant, contrairement à tout espoir, cet anus abdominal est allé en diminuant rapidement pour se tarir complètement au bout de quelques semaines, alors que les évacuations reprenaient par les voies naturelles.

L'état général est demeuré longtemps précaire et la plaie abdominale infectée, a suppuré pendant environ deux mois. Actuellement, le 15 Janvier 1935, la cicatrisation est presque complète. La malade se lève. Elle s'alimente bien et paraît en bonne voie de guérison définitive. Le ventre est souple et non douloureux. Espérons que nous sommes à la fin de ce drame qui a débuté il y a deux ans et demi.

OBSERVATION N° 43

Paul HARDOUIN

*Crises répétées de torsion de l'S iliaque avec rémissions spontanées.
Intervention. Résection de l'anse intestinale. Suture immédiate. Guérison*

Madame G..., 45 ans, présente depuis de longues années des troubles intestinaux, avec constipation habituelle et des coliques douloureuses. Depuis quelques mois son état s'est aggravé; les crises de constipation opiniâtre se rapprochent et les douleurs abdominales sont parfois véritablement intolérables. Elles s'accompagnent souvent de ténésme et la malade rend alors par l'anus des selles glaireuses striées de sang. L'état général s'est altéré et il s'est produit un amaigrissement notable.

A l'examen, en dehors d'une période de crises, je trouve un ventre assez souple, mais la pression éveille de la douleur profonde dans tout l'abdomen, surtout marquée dans la région sus-pubienne, la fosse iliaque et le flanc gauches.

Je ne perçois aucune tumeur appréciable. Le toucher rectal est négatif.

Le toucher vaginal réveille un peu de douleur dans le cul-de-sac de Douglas, mais je ne trouve pas de lésions appréciables de l'utérus ou des annexes.

L'examen radiologique, exécuté par le Docteur DE SALLIER-DUPIN, montre que la bouillie bismuthée prise par la bouche suit un transit à peu près normal jusqu'à l'anus. Par contre, un lavement opaque est arrêté brusquement vers la partie supérieure du côlon descendant.

Je décide alors une intervention.

Opération: Anesthésie générale éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, je note des adhérences épiploïques anciennes à la paroi abdominale surtout marquées du côté droit et vers le haut de la cavité péritonéale. Pas de lésions utéro-ovariennes. Mon attention est attirée de suite par un S iliaque extrêmement volumineux et long. Il est facilement attiré hors de l'abdomen et les dimensions de l'anse ainsi extériorisée atteignent 70 à 90 centimètres. Il n'existe pas de tumeur.

L'intestin n'est pas actuellement très distendu; mais, malgré cela, son calibre apparaît nettement augmenté de volume et ses parois sont épaissies.

Dans son ensemble, cette masse intestinale a visiblement tendance à se tordre avec facilité autour de son pédicule mésentérique, et c'est ce volvulus à répétition qui explique les crises douloureuses si fréquemment subies par la malade et l'arrêt brusque du lavement baryté.

Je décide alors de pratiquer la résection de cet S iliaque en excédent. Tout autre procédé me paraissant illusoire pour éviter les récidives.

Section de 65 centimètres d'intestin. Hémostase soignée du mésentère. et suture immédiate bout à bout des deux extrémités sectionnées.

Ceci fait, je constate que le reste du côlon et le caecum lui-même sont un peu distendus, et je crains que les nombreuses adhérences épiploïques existant encore à la fois sur le côlon ascendant et à la paroi abdominale ne gêne pour une part le transit intestinal dans cette région. Je crois donc plus prudent de compléter mon intervention en pratiquant une entéro-anastomose complémentaire entre le caecum dilaté et la portion inférieure restante de l'S iliaque. Je ne me suis pas servi de la dernière portion du grêle, car celui-ci présentait des adhérences importantes avec le mésentère.

Enfin, j'enlève par la même occasion un appendice sclérosé.

Suture de la paroi sans drainage.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La malade a commencé à rendre des gaz au bout de 48 heures et elle a quitté la clinique 15 jours plus tard.

J'ai eu, à différentes reprises des nouvelles de mon opérée. Elle est enchantée du résultat. Plus de coliques. La constipation a disparu et l'état général est excellent.

OBSERVATION N° 44

Paul HARDOUIN

Occlusion intestinale aiguë par volvulus de l'S iliaque.

Réssection large de l'anse tordue.

Anus contre nature. Cure radicale intrapéritonéale. Guérison.

Homme de 45 ans, s'occupe de jardinage, n'a jamais eu de graves maladies. Il a fait toute la guerre dans le Génie et dans l'Artillerie.

Cependant il me signale que dès l'âge de 15 ans il a eu de temps en temps des accidents d'entérite. Depuis une dizaine d'années, il a noté que tous les deux mois environ il était pris d'accès de constipation douloureuse se terminant par des débâcles de matières et de gaz.

L'an dernier, il a subi deux crises beaucoup plus graves. Le 30 Juillet 1933, après un voyage en auto, d'une centaine de kilomètres, il ressentit de violentes coliques. La constipation était absolue avec absence de gaz.

Au bout de quatre jours, sans cause apparente, cessation brusque des accidents avec élimination par l'anus de matières et de gaz. Le malade fut immédiatement soulagé et put reprendre, peu après, ses occupations habituelles.

Le 13 Décembre de la même année, après un refroidissement, nouvel accès identique, qui dure trois jours, puis une fois encore tout rentre dans l'ordre jusqu'à ces jours derniers. Le 3 Décembre 1934, sans raison appréciables, le malade est pris à nouveau de violentes coliques abdominales avec état nauséeux. Constipation opiniâtre. Absence totale de toute évacuation par l'anus, sensation de gêne et de pesanteur dans le ventre, puis ballonnement manifeste de l'abdomen. L'état s'aggrave peu à peu, les crises, extrêmement douloureuses deviennent de plus en plus fréquentes, et le malade se décide enfin à entrer à la clinique le 7 Décembre.

Je constate alors chez lui une forte distension abdominale avec sonorité de tambour. La douleur semble particulièrement vive et localisée dans la fosse iliaque gauche. Pas de vomissements. Aucune température.

Je pose le diagnostic d'occlusion intestinale et, en présence de cette localisation des crises douloureuses dans la fosse iliaque et le flanc gauche, je pense à la possibilité de l'S iliaque.

Intervention. anesthésie générale balsoforme.

Laparotomie latérale gauche sur le bord externe du grand droit, incision de 25 centimètres.

Immédiatement après l'ouverture du péritoine, j'aperçois le gros intestin extraordinairement dilaté, et j'arrive à grand peine à l'extérioriser,

l'amincissement de la paroi intestinale surdistendue me faisant craindre son éclatement. J'arrive cependant à sortir hors du ventre une anse monstrueuse de 60 à 70 centimètres de longueur, de 15 centimètres de diamètre au moins, et repliée sur elle-même, dont le pied se perd vers la partie profonde de la fosse iliaque. Il s'agit d'un volvulus de l'S iliaque, tordu deux fois sur lui-même, dans le sens des mouvements des aiguilles d'une montre. Je pratique facilement la détorsion, mais il ne se produit pas d'expulsion de gaz par l'anūs. Je fais alors une ponction de l'anse dilatée au bistouri, ce qui permet l'évacuation d'une grande quantité de gaz malodorants et de quelques matières liquides qui sont recueillies sur des compresses, puis je referme la petite brèche par quelques points de suture.

Je constate maintenant que la lésion porte bien sur l'S iliaque. Le cōlon transverse est modérément distendu et les anses grêles visibles ne paraissent pas de volume anormal.

Au niveau du point d'enroulement, il n'existe pas d'adhérences. Pas de sphacèle. Par contre, lésions assez étendues de mésentérite ancienne.

Je laisse dehors tout l'S iliaque et je referme avec soin la cavité abdominale au-dessus de l'intestin ainsi hernié en laissant seulement le passage de l'anse. Quelques points au fil de lin, péritoine à péritoine, fixant cet intestin à la paroi.

Puis je pratique la résection de l'anse extériorisée. Hémostase soignée du mésentère. Les deux extrémités intestinales, longues de 3 à 4 centimètres, sont accolées en canon de fusil et maintenues l'une contre l'autre par quelques points de suture sur les parois mitoyennes formant éperon. La surface de section intestinale est encore à peu près double de la normale et les parois revenues maintenant sur elles-mêmes, sont oedématisées.

Le malade a très bien supporté l'intervention, d'ailleurs faite très rapidement. Le pouls est régulier et bien frappé. Je termine cependant en faisant une injection intraveineuse de 20 cc. de sérum hypertonique à 20% et le blessé est ramené dans son lit.

Les suites opératoires ont été très simples. Dès le réveil, le malade accuse une sensation de bien-être et les coliques ont définitivement disparu.

Le lendemain, évacuations abondantes qui iront en se régularisant les jours suivants. Le diamètre des tranches de section diminue peu à peu et se rapproche de la normale; de même la congestion intestinale regresse progressivement.

Enfin, au bout de 15 jours, on note déjà une diminution très nette dans l'exubérance de la partie herniée. L'état général est maintenant excellent.

Le 12 Janvier 1935, cinq semaines par conséquent après la première opération, pressé par le malade qui réclame tous les jours la cure de son anus artificiel, je me décide à intervenir. Le moignon intestinal est encore un peu saillant, mais paraît bien décongestionné et la peau du voisinage

est saine, sans irritation d'aucune sorte. Un purgatif léger débarrasse bien l'intestin.

Intervention: anesthésie générale balsoforme.

J'ai l'intention de pratiquer une intervention franchement péritonéale, en suivant la technique du professeur Duval.

Je circonscris la peau au ras de la muqueuse et je remonte en haut, de 2 à 3 centimètres, sur la précédente cicatrice. Ouverture du péritoine en dedans. Je constate malheureusement, en arrière, la présence d'adhérences intestinales grêles assez fortes et je suis obligé d'agrandir un peu mon incision pour y voir clair. Les tissus sont encore fortement infiltrés et, en dégageant toutes ces adhérences, je déchire le bout supérieur du gros intestin, ce qui me force en fin de compte à en réséquer les 2 ou 3 derniers centimètres.

Puis je libère et j'avive le bout inférieur et je pratique la suture habituelle des deux extrémités intestinales musculo-muqueuses d'abord, puis enfouissement péritonéal. La séreuse est encore, par place, assez fortement altérée.

Le tout est rentré dans l'abdomen et je ferme la paroi abdominale en laissant cependant un petit drain intrapéritonéal à l'extrémité inférieure de la suture.

Suites opératoires excellentes. Je retire le drain au bout de 48 heures. Aucune élévation de température. Le malade commence à rendre des gaz au bout de deux jours. Le neuvième jour, purgation légère à l'huile de ricin, donnée par cuillerées à café toutes les demi-heures. L'évacuation commence à la fin de la journée et se renouvelle très abondante les jours suivants, accompagnée au début de quelques coliques. La guérison définitive est survenue rapidement.

OBSERVATION N° 45

DE LA MARNIÈRE. — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie », Juin 1932

*Volvulus de mégacôlon pelvien traité par la résection en plusieurs temps.
Guérison.*

Un homme âgé de 33 ans, réformé pour colite dysentérique, dolichocôlon, présente le 21 Août 1932 un syndrome d'occlusion avec violentes douleurs abdominales. Opération le 22 Août: incision médiane. On trouve un énorme mégacôlon en volvulus, qui est détordu, ponctionné pour évacuer ses gaz et extériorisé au niveau d'une contre-incision de la fosse iliaque gau-

che. Résection immédiate et drainage du bout proximal au moyen d'un tube de caoutchouc.

Cinq jours après, nouveaux symptômes d'occlusion qui nécessitent, à l'anesthésie locale, une entérostomie sur le grêle.

Le cours des matières se rétablit et la fistule sur le grêle se ferme spontanément.

Cure de l'anus le 3 Décembre, après mise en place de l'entérotome.

Il a fallu ramener à la peau le bout inférieur qui s'était rétracté.

Guérison.

OBSERVATION N° 46

DE LA MARNIÈRE. — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie », Juin 1932

Volvulus de mégacôlon pelvien traité par la résection en plusieurs temps

Un homme, âgé de 30 ans, est amené en état d'occlusion depuis six jours. Un lavement baryté ne dépasse pas le côlon sigmoïde. Opération le 29 Juillet. Incision médiane sous-ombilicale qui montre un volvulus d'un mégacôlon pelvien. Celui-ci est détordu, extériorisé, fixé dans l'angle inférieur de l'incision et réséqué avec les deux bouts à la peau

Quinze jours plus tard, mise en place de l'entérotome, puis un gros drain est introduit dans les deux pieds de l'anse pour déprimer la brèche faite par l'entérotome et redresser la continuité des deux bouts intestinaux.

Enfin cure de l'anus (Docteur POULIQUEN) par voie extrapéritonéale.
Guérison.

OBSERVATION N° 47

DE LA MARNIÈRE. — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie », Juin 1932

Volvulus de mégacôlon pelvien traité par la résection en plusieurs temps

Un homme de 54 ans présente, le 22 Novembre 1929, un syndrome d'occlusion intestinale avec ballonnement asymétrique et distension de l'hypocondre droit.

Opération immédiate par incision médiane sous-ombilicale: mégacôlon pelvien en volvulus. Détorsion et ponction de l'anse. Extériorisation par contre-incision dans la fosse iliaque gauche. L'anse est drainée, mais n'est

réséquée que 3 jours plus tard. On constate alors que la position des deux pieds de l'anse est inversée, et qu'il y a eu croisement des deux bouts au moment de l'extériorisation. On croit devoir pratiquer la détorsion avant de placer l'entérotome. Mise en place d'un gros drain comme dans l'observation précédente pour redresser la continuité de l'intestin, puis, secondairement, fermeture de l'anus artificiel.

Guérison.

OBSERVATION N° 48

DE LA MARNIÈRE. — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie », Juin 1932

Volvulus de mégacôlon pelvien traité par la résection en plusieurs temps

Femme âgée de 54 ans entre à l'hôpital, le 2 Novembre 1927, avec un syndrome d'occlusion intestinale.

Opération immédiate: incision médiane sous-ombilicale par laquelle s'extériorise spontanément un mégacôlon pelvien tordu. Détorsion. Contre-incision dans la fosse iliaque gauche, extériorisation et résection immédiate. Mise en place de l'entérotome le 16 Novembre. Cure de l'anus (Docteur POULIQUEN) le 14 Décembre.

Guérison.

OBSERVATION N° 49

DELORE et BISCH — « In Revue de Chirurgie » 1932

*Colostomie, suivie de cure radicale de l'anus
et anastomose caeco-sigmoïdienne. Récidive 18 ans après. Résection
Guérison*

Un homme de 30 ans, n'ayant jamais eu d'antécédents spéciaux, présente, le 4 Octobre 1913, une crise d'occlusion intestinale typique.

La laparotomie sous-ombilicale médiane permet de constater l'existence d'un côlon sigmoïde tordu et dilaté. On pratique un orifice de colostomie sur cette anse.

Six mois après, Février 1914, on se propose l'exérèse de l'anse pelvienne: celle-ci paraît impossible en raison de nombreuses adhérences. On se contente de pratiquer la cure radicale de l'anus et l'on termine l'intervention par une anastomose in situ entre le caecum et la portion afférente de l'anse sigmoïde.

Guérison complète pendant 18 ans.

En Mai 1932, une nouvelle crise d'occlusion oblige à réintervenir.

Intervention le 15 Mai 1932.

Laparotomie médiane sous-ombilicale: le côlon sigmoïde apparaît immédiatement énorme, distendu, tordu à sa base dans le sens des aiguilles d'une montre, deux tiers de tous environ. La disposition de cette anse paraît complexe car, dans sa torsion, le sigmoïde a entraîné l'anastomose caeco-sigmoïdienne pratiquée 18 ans auparavant, et l'on a quelque peine à s'y reconnaître.

Section de l'anastomose caeco-sigmoïdienne et suture de la brèche ainsi créée dans le caecum.

Résection très large de l'anse tordue.

Suture des deux extrémités en ménageant un orifice au niveau du quart antérieur. Abouchement de cet orifice à la paroi antérieure (anus à la Volkmann). Drain de gros calibre dans le bout supérieur.

Suites: simples immédiatement, mais le cinquième jour de nouvelles menaces d'occlusion obligent à créer une fistule intestinale sur une anse grêle dilatée. Cette extériorisation soulage immédiatement le malade et s'oblitère spontanément en 9 à 10 jours.

Dès le vingt-cinquième jour après l'intervention, le malade va à la selle normalement et l'orifice ménagé au niveau de la ligne de suture se rétrécit peu à peu.

OBSERVATION N° 50

LECERCLE (de Damas). — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie » Novembre 1931

Volvulus du côlon pelvien. Extériorisation. Résection. Mort par hémorragie

Le 30 Décembre 1930, à 2 heures de l'après-midi, je suis appelé à voir un malade de 47 ans, atteint d'occlusion intestinale, dont le début remonte à 6 jours. Une dernière consultation médicale a fini par le convaincre de la nécessité d'une opération libératrice. Habitué à ces sortes de crises, dont trois se sont terminées spontanément, il a refusé jusqu'alors de se faire opérer, opposant la bénignité des signes généraux: il en est, en effet, à sa sixième occlusion, ou obstruction transitoire, et, comme état général, se trouve beaucoup mieux cette fois-ci qu'au cours des occlusions précédentes.

La première crise remonte à 1918, il y a douze ans; le sujet avait 35 ans: occlusion à manifestation brusquée avec coliques, ballonnement du ventre, météorisme progressif, qui cèdent à la douzième heure, après ou malgré un traitement médical: purgations, lavements répétés, etc...

La deuxième éclate en 1936. Début marqué par des coliques violentes sans localisation précise; mêmes symptômes locaux: arrêt des matières et des gaz, pas de vomissements. Traitement médical: cessation des phénomènes mécaniques et reprise du transit après trois jours d'occlusion.

La troisième occlusion survient en Septembre 1928: même symptomatologie au début; mais les choses ne s'arrangent plus. Au bout de cinq jours de traitement médical, le résultat cherché n'étant pas obtenu, un chirurgien est mandé et détord un volvulus du côlon sigmoïde. Réduction simple sans fixation de l'anse, mais conseil au patient de revenir pour une intervention définitive à froid, quand tout sera rentré dans l'ordre: ce conseil ne sera pas suivi.

En Octobre 1929, nouvelle occlusion, mêmes tentatives médicales; mais l'obstacle, cette fois encore, ne peut être levé que par une intervention chirurgicale suivie des mêmes conseils.

Une cinquième crise se manifeste en Mars 1930. Cette fois, c'est à un lavement de « décoction de feuilles de tabac », préconisé par une voisine, qu'est dû le salut.

La sixième et dernière, celle à laquelle nous assistons, remonte au 25 Décembre dernier; nous sommes au sixième jour de l'occlusion: tous les moyens médicaux ont échoué, les lavements, la sonde, ne pénètrent pas au-delà de quelques centimètres. Il s'agit d'un sujet maigre dont l'état général paraît aussi bon que possible.

Les signes ont débuté brusquement par une colique fort douloureuse diffusée à tout l'abdomen, sans localisation plus marquée d'un côté que de l'autre, suivie de l'arrêt des matières et des gaz, il n'y a pas encore eu de vomissement.

Le ventre est volumineux, uniformément ballonné, contrastant singulièrement par son volume avec la constitution maigre du sujet. Mais ce météorisme énorme ne présente pas d'asymétrie, pas d'obliquité.

Actuellement le malade ne souffre pas, il n'a pas de coliques; pas de douleur à la pression en aucun point. Il n'y a pas d'ondulation péristaltique visible, le tympanisme est généralisé; la reptation des anses n'est nullement réveillée par la chiquenaade.

La langue est humide. Il n'y a pas de fièvre, ni d'hypothermie; le pouls est bien frappé à 85; la diurèse est normale ou peu diminuée.

Le toucher rectal n'est pas douloureux, le rectum est vide de matières entraînées par les lavements; on ne perçoit rien, sinon, au passage, quelques vieilles marisques tuméfiées et la résistance pâteuse du Douglas distendu qui bombe dans le rectum. Le doigt n'atteint pas d'obstacle appréciable.

J'apprends, en outre, fait à retenir, qu'un médecin, en attendant sans doute que le malade se décide à l'intervention, a conseillé le sérum hypertonique à 20%, mis en œuvre depuis la veille suivant la technique de Gosset.

La première injection intraveineuse de 10 cc. aurait été suivie de quelques coliques sans résultat évacuateur et non réapparues depuis.

Autres renseignements complémentaires: depuis deux ans, le malade a remarqué que son ventre augmentait progressivement de volume. L'exonération a toujours été régulière, sans glaires, ni sang, ni diarrhée, ni constipation; mais la défécation se faisait massive en bloc, avec projection du bol fécal, accompagnée d'échappement de gaz abondant.

L'anamnèse, les constatations actuelles rendent le diagnostic de volvulus à peu près certain; le sujet est opéré à 4 heures de l'après-midi, avec toutes les réserves sur l'état de l'anse que comporte la situation.

Rachianesthésie: 0 fg. 04 de stovaïne injectée entre les 3^e et 4^e lombaires

Pas la moindre action libératrice sur l'occlusion; pas d'évacuation consécutive.

Incision et laparotomie qu'il faut agrandir du pubis à l'appendice xyphoïde pour pouvoir extérioriser une énorme anse sigmoïde accolée en V, tordue et étranglée très bas dans le bassin.

Pas d'adhérence au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire sous-ombilicale. Au cours des manœuvres d'extériorisation, un liquide citrin clair, abondant, s'écoule de la cavité abdominale. L'anse extériorisée est tachetée d'hémorragies interstitielles. Le méso, très épais, infiltré, oedématié, est sillonné d'énormes veines dilatées.

La manœuvre de détorsion doit être faite avec la plus grande prudence pour que la prise manuelle n'entraîne pas d'éclatement, surtout au niveau de la partie terminale, la plus dilatée de l'anse. On compte trois tours de détorsion dans le sens des aiguilles d'une montre. Quand la manœuvre est effectuée, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, rien ne passe par le bout distal même après expression de l'anse distendue, qui ne parvient qu'à chasser les gaz dans le bout supérieur. Un obstacle subsiste donc sur la portion terminale inférieure du côlon pelvien.

L'exploration montre, en effet, l'extrémité inférieure de l'anse pelvienne comme écrasée sur 4 bons centimètres d'étendue, d'aspect sphacélé, ardoisé grisâtre, sans modification après libération, ni de sa couleur ni de ses dimensions.

Un tube de Faucher introduit par un aide dans le rectum, dirigé par les doigts de l'opérateur dans le bassin, bute sur la striction sans pouvoir ouvrir la lumière du segment oblitéré: la prudence commande de ne pas insister.

Sur cette portion terminale du côlon sigmoïde, l'étranglement porte à la limite extrême du méso, et au point où le péritoine s'étale comme un voile sur le contenu de l'excavation: le volvulus pouvait difficilement se faire plus bas à ce niveau. Sur la portion proximale de l'anse à peu près

de la jonction colosigmoïde, la striction a été moins forte: il sera prudent, cependant, de laisser extériorisée la zone étranglée.

Une rapide vérification des autres organes montre tout le cadre colique distendu, caecum compris, ce qui explique l'absence d'asymétrie du météorisme abdominal. Le méso colon est sillonné par places de traînées blanchâtes de mésentérite.

Tout le grêle est de calibre normal, mais sa vérification permet encore de constater une malformation curieuse que je n'avais jamais rencontrée jusqu'ici.

A 20 ou 25 centimètres de l'angle iléo caecal, la dernière anse iléale paraît sortir d'un véritable sac péritonéal à l'intérieur duquel on voit ramper et se contracter les anses qu'il renferme. L'ensemble présente une tumeur mollassée, des dimensions d'une casquette d'enfant, que pénètre du côté opposé l'iléon sans autre particularité sur le reste de son étendue. Le revêtement sacculaire s'étend sans discontinuité de l'anse afférente à l'anse efférente, épaissi peut-être, mais d'aspect nullement inflammatoire ni cicatriciel.

Après inventaire il ne saurait être question de réduire l'anse volvulée, et sa résection immédiate ne me satisfait pas. Tout le segment dévolvulé est maintenu extériorisé, les adhérences faciliteront la résection quand les phénomènes inflammatoires, l'œdème auront disparu, lorsque les vaisseaux dilatés et turgescents se seront affaîssés.

La partie sous-jacente à l'étranglement distal fixée dans le petit bassin ne pouvant être amenée à la peau, il ne peut être question d'accolement en canon de fusil des deux extrémités de l'anse sigmoïde.

Il s'agit de protéger la grande cavité abdominale contre la perforation imminente du segment inférieur sphacélé. La fermeture de la cavité sera réalisée vers le haut par traction au dehors du long méso-sigmoïde dont le pied est fixé aux lèvres du péritoine pariétal et à la peau.

La partie proximale étranglée moins menacée est cependant attirée au dehors et l'anse sus-jacente fixée convenablement au péritoine et à la peau.

L'anse sigmoïde extériorisée est couchée sur le côté gauche de l'abdomen et repose par son extrémité coudée dans une cuvette disposée sur le lit à côté du malade.

Fermeture et protection de la plaie opératoire.

L'orifice créée par une pointe de thermo au sommet du V pour l'échappement du gaz, sera agrandi les jours suivants pour la vidange des matières dans la cuvette; je n'ai jamais été très satisfait de l'emploi du tube de Paul qui se bouche rapidement.

Anesthésie et choc opératoire sont parfaitement supportés: dans la nuit gaz et matières passent par l'anus; vingt-quatre heures après, une perforation s'ouvre dans la plaie opératoire au niveau du segment terminal

sphacélé laissant passer gaz et matières. Celles-ci s'écouleront totalement les jours suivants par l'orifice pratiqué à gauche sur l'anse extériorisée dans la cuvette. Suites parfaites.

Dans un deuxième temps, huit jours après tout le segment intestinal extériorisé est réséqué, sans anesthésie, en partant de l'extrémité terminale, qui se trouve spontanément sectionnée à la séparation du vif et du segment primitivement étranglé, réduit à quelques lambeaux sphacelés. Le mésotès très épaissi et les vaisseaux mésentériques qu'il renferme, très diminués de volume maintenant, sont pincés de proche en proche au ras de l'anse en remontant vers son extrémité proximale, sectionnés entre deux pinces au thermo (à défaut du bistouri électrique), et ligaturés par un fil de lin résistant.

La dernière portion du mésentère, qui supporte l'anse afférente et restera temporairement au moins en partie extériorisée, est liée en chaîne avec un fort catgut. On termine par la section de l'anse à 4 centimètres environ de la peau, en prévision de la rétraction. Un clamp sera laissé pendant quarante-huit heures sur la tranche intestinale, pour en assurer l'hémostase et empêcher l'arrivée des matières sur la plaie opératoire.

En fin d'opération il reste donc: extérieurement un moignon colique médian transpariétal sous-ombilical et, dans la profondeur, la partie distale juxta-rectale, réduite à des lambeaux sphacelés, qui auront encore à s'éliminer. La question de la fermeture de la lumière rectale, ou du rétablissement de la continuité, se posera plus tard.

Au cours des jours suivants tout paraît évoluer au mieux, la rétraction mésentérique s'opère favorablement, l'anus fonctionne, l'état général est des plus satisfaisants. Le pansement de l'anus est fait deux fois par jour.

Nous sommes au cinquième jour qui suit la résection. Le 12 janvier 1931, à 6 heures du soir, on procède à la deuxième toilette de la journée. Puis le malade se trouvant parfaitement bien renvoie son infirmière. Environ deux heures après, au cours d'une ronde il est trouvé mourant, exsangue sur un lit traversé de sang. Le mésentère rétracté avait saigné. Malgré tous les soins mis en œuvre, forcipressure immédiate, sérum intra-veineux, transfusion de sang, etc., le malade meurt.

Il ne s'est pas servi de la sonnette d'appel, l'infirmière de garde dans le couloir attendant à la chambre n'a rien entendu. Suivant l'usage du pays le corps a été immédiatement enlevé par la famille sans qu'on ait pu vérifier le siège exact et la nature de la lésion hémorragique.

OBSERVATION N° 51

M. VANLANDE. — « In Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie », Novembre 1931

Volvulus d'un mégasigmoïde. Colectomie en deux temps. Guérison

Le 3 décembre 1930 je suis appelé dans un service de médecine pour y examiner un malade présentant des phénomènes d'occlusion intestinale. Il s'agit d'un Sénégalais de vingt-deux ans qui fit déjà un séjour, dans ce même service, trois ou quatre mois auparavant, pour des phénomènes analogues qui, à ce moment, cédèrent à une thérapeutique purement médicale. Après quelques jours de ballonnement et de constipation, des lavements et plusieurs petites doses d'huile de ricin avaient amené une débâche considérable et notamment l'élimination de noyaux de fruits en grande quantité. On en avait déduit alors que l'obstacle avait été uniquement constitué par cette accumulation de corps étrangers; on avait négligé sous ce prétexte, de pratiquer une radiographie et le malade avait repris son service.

Cependant, il m'apprendra, à l'interrogatoire, qu'il était resté, comme de tout temps d'ailleurs, extrêmement constipé.

Le malade est entré, cette fois comme la précédente parce qu'il présentait une distension abdominale marquée et qu'il accusait de violentes crises douloureuses.

Il allait d'ailleurs à la selle, mais irrégulièrement et en petite quantité.

On essaie tout d'abord une thérapeutique analogue à celle qui avait été pratiquée lors de son premier séjour, mais cette fois tout échoue et assez brusquement semble-t-il se produisit un arrêt complet des matières et des gaz qui paraît remonter (l'interrogatoire étant assez difficile chez ce malade qui ne comprend pas le français) à au moins trois jours.

Au moment où nous arrivons pour l'examiner, le malade est debout, criant et se tordant de douleur. L'abdomen présente une distension énorme: le météorisme est considérable, on ne constate pas de péristaltisme. Mais la distension abdominale n'est pas uniforme et le ventre semble soulevé par une masse sonore, oblique de la région hépatique à la fosse iliaque gauche.

La température est de 37°4, le pouls aux environs de 100. Pas de vomissements.

En raison de la forme de l'abdomen et de la lenteur relative de l'évolution des accidents, on fait le diagnostic de l'occlusion siégeant sur la fin du gros intestin, et l'on émet l'hypothèse d'un volvulus du côlon pelvien.

L'intervention est décidée et pratiquée aussitôt.

Première intervention — Rachiscurocaïne — 8 centigrammes entre D₁₀ et D₁₁ anesthésie parfaite.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen ouvert paraît ne renfermer qu'une seule anse gigantesque. C'est le sigmoïde qui le remplit entièrement. On se rend compte, non sans difficultés, que ce segment colique est tordu sur sa base et qu'il existe plusieurs tours de spire, extrêmement serrés. La détorsion est impossible en raison du véritable enclavement de l'anse tordue, à laquelle aucun mouvement ne peut être imprimé.

On pratique alors une entérostomie qui donne lieu à une évacuation considérable de gaz et d'une assez grande quantité de matières. L'intestin volvulé s'affaisse et la petite plaie d'entérotomie enfouie, on arrive à pratiquer la détorsion de l'anse qui effectue trois tours complets sur sa base.

On est ainsi en présence d'un volumineux sac intestinal correspondant à l'anse oméga. Sa paroi a l'épaisseur du petit doigt et sur le méso existent de nombreuses et épaisses brides scléreuses de mésentérite qui en accablent étroitement les deux extrémités.

On prend le parti de l'extérioriser. On fixe, dans la partie inférieure de l'incision de laparotomie, les deux bouts de la sigmoïde et l'on ferme la paroi en un seul plan au fil de bronze. Le partage du segment intestinal correspond à environ la moitié de la plaie de laparotomie et la partie extériorisée recouvre tout l'abdomen.

Au thermocautère, on pratique au sommet de l'anse un orifice et l'on enveloppe le tout d'un volumineux pansement.

A noter que la rachianesthésie, pratiquée chez ce sujet jeune et encore résistant, n'a donné lieu à aucune évacuation fécale, bien que la vidange obtenue par l'entérotomie ait été, de toute évidence, très incomplète.

Sérum salé hypertonique à 20% : 80 cc. le premier jour ; 60 cc. le second intraveineux.

Aucune élévation thermique. Suites très simples.

Dès le deuxième jour, l'orifice intestinal donne issue à un débordement de matières.

Instruit par un cas précédent, dans lequel mon opéré avait succombé au huitième jour par rétraction du bout inférieur, pourtant réséqué à distance de la paroi, je ne pratique la résection du segment extériorisé que huit jours après l'intervention. Ce fut d'ailleurs une véritable opération nouvelle : bien que pratiquée au thermo, la section de l'intestin fut très hémorragique et nécessita une hémostase soigneuse. Quant au méso, de la largeur et de l'épaisseur d'une main, je me bornai à le désinsérer du segment réséqué sans en enlever quoi que ce soit. J'estimai, en effet, que c'était le seul moyen dans ce méso infiltré, œdémateux et scléreux, où aucun vaisseau n'était reconnaissable, de conserver à coup sûr la vascularisation du bout distal.

La résection, faite, il restait donc hors du ventre les deux bouts coliques accolés en canons de fusil, exubérants, de 3 à 4 centimètres, et un volumineux méso entièrement conservé. En moins de quinze jours non seulement l'intestin était venu juste à fleur de peau, à laquelle il était maintenant solidement fixé, mais tout le moignon mésocolique était rétracté, disparu, et l'anus artificiel se présentait sous un aspect absolument normal.

(Ayant l'habitude, dans les résections du côlon terminal après extériorisation, de laisser toujours le méso très exubérant, j'ai remarqué de façon constante cette disparition rapide du fragment mésentérique extériorisé.)

Un mois après cette intervention, l'opéré se leva; sa plaie s'est cicatrisée sans infection: son anus fonctionne avec régularité et il peut remplir les fonctions d'infirmier dans le service.

Cependant, ce n'est que quatre mois plus tard que je pratique la restitution de la continuité intestinale.

Deuxième intervention: rachiscurocaïne.

Incision longue, circonscrivant l'abouchement de deux segments intestinaux. On pénètre dans le péritoine au-dessus de l'anus et, de proche en proche, on libère l'intestin en y laissant fixée une collerette cutanée. On avive l'intestion par résection de toute la partie abouchée et l'on pratique une suture termino-terminale en deux plans au fil de lin.

On fixe soigneusement la ligne de suture à la paroi que l'on referme en trois plans.

Guérison par primam. Paroi solide.

OBSERVATION N° 52

MATRY (de Fontainebeau). — « In Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie », Décembre 1930

Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde. Première crise. Détorsion. Cure radicale après une seconde crise. Résection. Anastomose termino-terminale.

Fistulisation large. Fermeture de l'anus. Guérison

1° Première torsion, Octobre 1925. — Madame S..., 36 ans, mère de 3 enfants, entre à l'hôpital de Fontainebeau le 9 Octobre.

Enceinte de sept mois, elle a souffert brusquement et pour la première fois le 7 Octobre, à minuit, de coliques violentes. Suppression complète des matières et des gaz. Son médecin lui a fait prendre en ville poudre de réglisse et sulfate de magnésie, sans autre résultat qu'une augmentation marquée des douleurs.

A l'entrée, le 9 Octobre, vers midi, température rectale 37°3. Pas de début de travail. Pas de vomissements.

Ventre très ballonné, uniformément douloureux. Gargouillement intestinal faisant songer à une occlusion portant sur la terminaison du grêle. Les anses contractées se dessinent sous la peau. Lavage de l'intestin, sans résultat.

Intervention, 9 Octobre, 15 heures. Rachiscurocaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale, pratiquée par mon collaborateur le Docteur PHILARDEAU.

Une anse très volumineuse se présente: sigmoïde présentant une double torsion. Détorsion pénible, en raison du volume de l'anse. Evacuation de gaz en grande abondance.

Fermeture en un plan.

Suites: fausse couche le 10 Octobre sans incident.

Le 27 Octobre, l'abdomen reste volumineux. Clapotis intestinal.

Le 29 Octobre, la malade sort de l'hôpital en état de santé satisfaisant.

L'opération avait été réduite à une simple détorsion, sans fixation de l'anse en raison de l'état précaire dans lequel se trouvait la malade, en occlusion aiguë pendant près de 48 heures.

Le Docteur PHILARDEAU laisse entrevoir la répétition probable des accidents et conseille à Madame S... de venir, une fois bien remise, réclamer une intervention définitive.

Conseil qui ne sera pas suivi.

2° Second épisode, Novembre 1928. — Madame S... entre le 29 Novembre dans mon service. Au cours d'une grossesse de six mois et demi, elle a vu reparaitre depuis 48 heures des accidents qui lui rappellent ceux de 1925. Coliques, puis douleurs violentes: ballonnement, selle sanglante (une assiette de sang rouge clair, 24 heures avant l'entrée), puis arrêt des matières et des gaz. Pas de vomissements.

Le diagnostic est fait dès que la malade est reconnue dans son lit: elle était attendue en quelque sorte.

Le ventre, très distendu, a une forme assez spéciale. On peut repérer une anse énorme, dessinée sous la peau du flanc gauche, remontant vers la région splénique puis redescendant vers le pubis, pour remonter sous le foie.

Cette anse, hypersonore, remplit à elle seule, pour ainsi dire tout l'abdomen.

Température 37°2; pouls à 90.

Intervention immédiate: Rachi allocaïne.

Anesthésie excellente et sans incident. Pas d'évacuation gazeuse.

Laparotomie latérale gauche sur le bord externe du grand droit. Je tombe immédiatement sur une anse colique énorme, très amincie, transparente. Le diamètre de l'intestin distendu est de 12 centimètres. La main qui plonge vers la fosse iliaque gauche rencontre le très gros cordon formé par la torsion du pédicule de l'anse sigmoïde tordue deux fois sur elle-même, en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre.

Détorsion facile de l'anse éviscérée qui, dépliée, fait hors de l'abdomen une saillie mesurant de base à sommet 40 centimètres.

Débâcle de gaz et de matières liquides.

L'anse est aussi complètement que possible évacuée par expression douce entre compresse imbibée de sérum tiède.

Le mésentère est très épaissi, de coloration blanc nacré, parsemé de tractus fibreux durs; la partie juxta-intestinale est très œdématisée: il existe une infiltration d'aspect gélatineux abondante sous la séreuse de la convexité de l'anse.

Deux clamps sont placés à l'origine et à la terminaison de l'anse sigmoïde, conservant de chaque côté 7 à 8 centimètres de l'anse mobile. Résection du côlon sigmoïde. L'anse réséquée mesurera, après évacuation et rétraction, 50 centimètres. Le diamètre du bout supérieur est de 7 à 8 centimètres; celui du bout inférieur de 5 centimètres.

Celui-ci est légèrement agrandi par une incision en raquette. La suture bout à bout est alors facile, sur deux segments intestinaux dont les calibres s'adaptent maintenant de façon très satisfaisante.

Paroi intestinale très épaissie sur le bord libre, plus mince vers le bord mésentérique.

Une longue frange épiploïque est rabattue sur le double surjet et donne un enfouissement parfait, à première vue, de la suture circulaire.

Le foyer opératoire est isolé en dedans de la grande cavité par fixation à distance du bord interne de la plaie de laparotomie, du péritoine pariétal (de la paroi devenue flasque et lâche) à la face droite du moignon de méso-sigmoïde reconstitué.

Un drain à chaque extrémité de la plaie opératoire avec mèches de gaze tamponnant et isolant ces deux points du reste de la cavité abdominale. Drainage pariétal par faisceau de crins de Florence.

Suites opératoires : très simples. Du point de vue de l'état général, aucune réaction thermique. Pas de réaction péritonéale. Gaz et matières le second jour.

Mais localement, les choses vont moins bien. Suintement aéro-sanguinolent abondant dès le quatrième jour.

Au pansement, le matin du cinquième jour, la plaie est baignée de sérosité louche. Après désunion, l'anse, heureusement exclue, présente une zone circulaire grisâtre au niveau de la suture.

La frange épiploïde est sphacélée. La suture de fixation a supprimé toute circulation sur ce lambeau adipeux.

La protection supplémentaire sur laquelle je comptais disparaît, le double surjet sous-jacent s'infecte.

Désunion sur les deux tiers antérieurs de la suture.

Fort heureusement, la protection, à laquelle j'avais eu recours, évite la diffusion de l'infection vers le péritoine.

La plaie est pansée matin et soir avec grand soin, et, en définitive, en fin Décembre 1928, on se trouve en présence d'un anus iliaque gauche, dont les deux bouches sont unies sur le tiers postérieur par une zone saine.

On remet toute intervention nouvelle après l'accouchement. La grossesse a, en effet, poursuivi son cours normal.

Naissance d'une fille vivante de 3 kgs 700, le 10 Février 1929.

3° Troisième épisode: fermeture de l'anus.

Le 5 Avril 1929, anesthésie à l'éther après échec d'une rachi.

Les bords de l'anus sont libérés et avivés dans la partie sur laquelle la suture avait lâché.

Surjet facile en deux plans, après libération complète de l'anse.

Sur le bout supérieur (anse afférente), sont fixées en paquet des anses grêles au centre desquelles se trouve une cavité purulente du volume d'une noix.

Ces anses sont libérées avec difficulté. Un segment de grêle portant deux perforations, à 7 centimètres l'une de l'autre, est réséqué sur une longueur de 10 centimètres.

Anastomose termino-terminale.

Une autre anse grêle, formant un anneau complet autour de la cavité septique, présente, après déroulement, deux plaies musculo-séreuses. Enfouissement.

Réduction complète après toilette très soignée à l'éther.

Un drain à chaque extrémité de la plaie opératoire. Fermeture en un plan par crins de Florence couplés.

Suites: cette fois absolument simples.

La malade quittera le service le 20 Avril 1929.

Son état de santé est parfait depuis cette époque. Elle a repris complètement ses occupations familiales qui exigent un dur labeur quotidien.

OBSERVATION N° 53

M. J. HERTZ. — « In Bulletins et Mmoires
de la Société Nationale de Chirurgie », Mai 1925

Mégacôlon sigmoïde méso-sigmoïde. Volvulus

Madame F... (Anne), 60 ans, nous est arrivée adressée par notre ami RISACHER, interne des hôpitaux. Depuis des années (quinze à vingt ans, dit la malade, d'une façon accentuée, depuis l'enfance, avec moins d'intensité), la malade est constipée. Elle reste souvent deux ou trois jours sans aller à la selle, parfois davantage, à intervalles variables, selon les soins qu'elle prend. Au cours des années elle en est venue à une thérapeutique

laxative continuelle; de temps à autre elle présente de véritables débâcles de gaz et de matières.

Le 17 Janvier 1924, brusquement, le lavement quotidien ne provoque aucune selle. Les jours suivants il en est de même. Depuis le 19, plus de gaz.

Depuis le 20, douleurs par crises dans la fosse iliaque gauche, irradiant à tout l'abdomen. Une nausée en venant à l'hôpital le 20 Janvier. Pouls 60. Pas de température.

L'examen montre chez cette femme, qui a un faciès tiré, pâle, un météorisme modéré, central, sous-ombilical. Le cadre colique paraît plat. La palpation ne montre rien de net. Les touchers vaginal et rectal sont négatifs.

On essaie un petit lavement huileux et un lavement électrique sans résultat.

On remarque pendant et après le lavement électrique une anse intestinale et une seule qui se contracte visiblement à gauche de l'ombilic, à peu près parallèle à la ligne médiane: la contraction naît et meurt sur place et s'accompagne de vives douleurs. L'épreuve est arrêtée rapidement.

Opération le 20 Janvier 1924. — Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale: au milieu d'anses grêles normales on voit une énorme anse sigmoïde surdistendue, du volume de la jambe au mollet. Elle est pleine, lourde, et on est frappé de l'épaisseur de la paroi intestinale qui n'est pas du tout amincie par cette grosse distension.

On va au collet tordu de deux tours à deux tours et demi en sens inverse des aiguilles d'une montre. On détord. On fait pousser une sonde rectale longue que l'on guide dans l'anse sigmoïde, lorsqu'on l'y sent arriver.

La sonde évacue le liquide aqueux jaune verdâtre, l'huile du lavement et c'est tout. Entre les deux branches coliques afférente et efférente, sur les deux faces du mésocôlon, surtout au niveau de son pied, on voit des plaques blanches bordées d'un liseré rose; de nombreux prolongements en partent vers le bord intestinal du méso. Gros oedème du mésocôlon qui, en outre, paraît épaissi, cartonné. Les vaisseaux sont très volumineux.

Le côlon descendant n'est absolument pas accolé et suit le sigmoïde sur lequel on tire; le transverse vient aussi. Les deux anses coliques qui bordent l'angle gauche sont accolées en canon de fusil par une plaque blanche scléreuse, épaisse de mésocolite.

Je fais une incision iliaque gauche. Dissociation des muscles. Par cette brèche j'extériorise toute l'anse sigmoïde et la partie terminale (10 centimètres) du côlon descendant. Suture en canon de fusil de l'anse extériorisée au niveau de son pédicule sur plusieurs centimètres, par des points séparés au catgut O, sur les deux faces de ce pédicule.

Fermeture de l'incision médiane aux fils de bronze.

Fixation du pédicule extériorisé au péritoine, puis à la peau.

Pose des pansements sous leucoplaste. On place alors un fil en bourse sur l'anse sigmoïde, au centre on introduit un trocart qui évacue les gaz. L'anse se flétrit. On serre la bourse.

Sérum, huile camphrée.

Le 21 janvier dix-sept heures après l'extériorisation, dans le lit de la malade : ligatures par points en U du méso. Section au thermocautère. Tube de dérivation des matières dans le bout supérieur. (La section porte à 2 centimètres au-dessus de la peau).

Examen de la pièce. Méso : congestion vasculaire, diapédèse et infiltration leucocytaire marquées.

Paroi intestinale : oedème et suffusions sanguines dans la sous-muqueuse. Au niveau de la muqueuse, congestion des vaisseaux siégeant dans l'interstice des glandes, cellules chargées de pigment hématique. Gros épaississement de la musculature.

Suites :

Première selle le troisième jour.

Ablation des fils de bronze le onzième jour.

Le vingtième jour pose de l'entérotome (9 Février). On le reposera plus profondément le 24 Février. Selle par l'anus le 28 Février, et à partir de ce jour régulièrement. L'anus artificiel ne donne plus issue aux matières et diminue.

Pour hâter les choses nous le fermons opératoirement après avoir constaté par le toucher que l'éperon a disparu sans laisser de traces.

Le 31 mars 1924 — éther. — On circonscrit l'orifice par une incision et on suture immédiatement lèvre à lèvre par un surjet total collargolé ooo. Ceci fait, on change de gants, de champ, et d'instruments, on lave à l'éther la plaie que l'on agrandit vers le haut et vers le bas. On isole l'anse très aisément. Surjet aéro-séreux d'enfouissement.

Les extrémités du surjet seront fixées au péritoine et à la paroi pour consolider l'adhérence du segment suturé. Paroi en un plan aux crins doubles.

Ablation des fils le dixième jour. Aucun incident. Le malade a donné de ses nouvelles le 28 juin 1924. Elle va à la selle chaque jour sans aucune médication, et en parfait état.

VOLVULUS TRAITÉS PAR RÉSECTION ET ANASTOMOSE INCOMPLÈTE

OBSERVATION N° 54

DELORE et BISCH. — « In Revue de Chirurgie » 1932

Résection d'emblée. Suture incomplète. Guérison

Homme âgé de 51 ans, présentant une bonne santé habituelle, sans menaces préalables d'occlusion. Il était cependant habituellement constipé et prenait des laxatifs qui amenaient des débâcles de matières fétides.

Le 27 Novembre 1931 il se met à souffrir dans le bas-ventre, à gauche; les coliques se reproduisent par intervalles toutes les heures ou toutes les deux heures. Arrêt des matières et des gaz.

Cet état persiste la nuit suivante et toute la journée du lendemain, puis les douleurs se calment un peu. Mais il apparaît un météorisme qui s'accroît de plus en plus jusqu'au moment où le malade nous fut présenté le 29 Novembre dans la matinée.

C'est un homme robuste dont l'examen montre un météorisme, surtout développé à l'épigastre et dans les flancs où il existe une sonorité tympanique.

La palpation des zones coliques provoque l'apparition d'ondes intestinales caractéristiques d'une occlusion.

En raison de l'absence de troubles intestinaux préalables, de la bonne conservation de l'état général, du toucher rectal négatif qui décèle en outre la vacuité de l'ampoule rectale, on pose le diagnostic ferme d'obstruction intestinale par volvulus du côlon pelvien.

Intervention: le 29 Novembre, à 6 heures du soir.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le côlon pelvien est énorme, distendu, surtout par des gaz. Avant de l'extérioriser, de peur qu'il n'éclate on le ponctionne avec un fin trocart.

Il s'affaisse alors et l'on peut sans danger l'attirer au dehors.

Il est tordu suivant le sens des aiguilles d'une montre, d'un tour complet au niveau de son pédicule.

Au-dessous de ce pédicule, l'anse afférente est plutôt aplatie et son calibre est réduit.

Le mésocôlon pelvien est très rétréci et n'a guère que 4-5 centimètres de large, il est épaissi, oedémateux et sur ses deux faces on voit des tractus fibreux blanchâtres de mésentérite rétractile.

Résection après hémostase du mésocôlon.

Suture incomplète des deux tranches de section.

Abouchement au péritoine pariétal antérieur de la portion non suturée. Drain dans le bout supérieur.

Suites des plus favorables; les gaz sortirent par le drain le deuxième jour, puis les matières apparurent le sixième jour.

Ablation du drain le 8^{me} jour, et, dès le lendemain, les lavements donnés par l'anus normal et par l'anus artificiel amenèrent une débâcle de matières dures.

Selle par l'anus le 25^{me} jour, et fermeture spontanée de l'anus artificiel le 35^{me} jour.

OBSERVATION N° 55

DELORE et BISCH. — *Volvulus du sigmoïde*

Homme de 30 ans, déjà traité en 1913, par colostomie de cette anse, en 1914 par anastomose caeco-sigmoïdienne, suture de la brèche caecale.

Résection de l'anse tordue. Suture des extrémités avec orifice antérieur pour le passage d'un gros drain.

Au 5^{me} jour nouvelles menaces d'occlusion.

Méostomie qui s'oblitére spontanément en 8 à 10 jours.

Selles normales au 25^{me} jour, rétrécissement progressif de la colostomie et fermeture complète en trois mois.

OBSERVATION N° 56

Torsion habituelle du côlon pelvien. Résection. Suture incomplète.

Guérison

Femme âgée de 64 ans, constipée chronique depuis de nombreuses années, avec débâcles diarrhéiques sous l'influence de lavements.

Depuis 25 jours, elle est atteinte de subocclusion intestinale avec ondes péristaltiques des plus nettes mais sans vomissements, quelques gaz et matières passent par intervalles.

Une radiographie (Dr Salin), pratiquée, il y a quatre jours montre un mégacôlon remontant à l'épigastre.

Intervention: le 15 Octobre 1929.

Laparotomie iliaque gauche.

On extériorise le côlon pelvien très dilaté et épaissi, tordu dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Son méso est rétracté entre les deux pieds de l'anse, oedémateux et couvert de brides blanchâtres de méso-sigmoïdite rétractile.

Résection du côlon pelvien.

Les deux bouts sont rapprochés et suturés incomplètement l'un à l'autre sur les trois quarts postérieurs de la circonférence; 3 plans de suture.

Abouchement à la peau de la partie non suturée. Drain dans le bout supérieur.

Suites des plus simples. La fermeture de l'orifice intestinal était complète au 50^{me} jour.

L'opérée revue en 1931 était enchantée du résultat et en particulier de la disparition de la constipation.

OBSERVATION N° 57

Résection immédiate. Suture incomplète. Guérison

M^{lle} G..., 13 ans 1/2, souffre depuis 24 heures de violentes douleurs dans le ventre.

Vue par le Dr Paillard: les phénomènes douloureux sont sensiblement localisés à gauche; néanmoins, à la palpation, on réveille une petite douleur dans la fosse iliaque droite.

Température 37°8.

On pense à une appendicite subaigüe, les accidents ne paraissent pas immédiatement sérieux et, le diagnostic restant douteux, on diffère l'intervention jusqu'au lendemain.

Le lendemain, 24 Décembre 1929, se produit un fait nouveau: la malade fait une selle rosée et muqueuse, quelques ondes péristaltiques se dessinent, on soupçonne une invagination et l'on se décide à intervenir. Le toucher rectal est négatif.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On enlève un appendice sain.

Le côlon pelvien est dilaté, double de son calibre normal.

D'autre part, on constate que le mésentère est rétracté et l'on remarque sur l'anse un sillon très net, comme s'il y avait eu torsion à ce niveau.

La détorsion s'est faite spontanément suivant le sens des aiguilles d'une montre.

On se décide à faire la résection en raison du bon état général.

Technique habituelle: section des deux pieds de l'anse et réunion sur les 3/4 postérieurs. Gros drain dans le bout supérieur.

Fixation au péritoine pariétal de la zone non suturée sans fixation cutanée.

Suites opératoires idéales.

Un mois après, la malade va à la selle par l'anus et circule normalement. Oblitération progressive et spontanée de l'orifice colique, totale au bout de 90 jours.

Revue en 1932 — va très bien.

OBSERVATION N° 58

GOINARD. — « In Bulletin et Mémoires Société Nationale de Chirurgie »,
Juillet 1935

Volvulus du sigmoïde

Indigène de 50 ans: au 9^{me} jour d'une occlusion sous rachianesthésie, extériorisation, détorsion d'une anse sigmoïde volvulée de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre. Exclusion, puis résection de l'anse, anastomose termino-terminale en ménageant une fistule in situ

Gaz par les voies naturelles dès le soir et selles le lendemain.

Guérison complète en un mois; l'examen radiologique montre un rétrécissement large sur l'emplacement de l'anastomose.

OBSERVATION N° 59

GOINARD. — « In Bulletin et Mémoires Société Nationale de Chirurgie »,
Juillet 1935

Traitement du dolichosigmoïde volvulé ou non par résection suivie d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire « in situ »

Dolichosigmoïde; subocclusion, rachianesthésie, laparotomie médiane, puis extériorisation du sigmoïde par incision iliaque gauche. Résection le quatrième jour. Un mois et demi après tentative infructueuse de cure extrapéritonéale de l'anus après entérotomie de l'éperon. Trois mois et demi après cure intrapéritonéale. Persistance d'une fistulette assez longtemps. Guérison définitive au bout de sept mois.

Si Ahmed Ben Mohamed, 30 ans, journalier, entre le 20 Décembre 1932 à l'hôpital Parnet avec le diagnostic d'occlusion intestinale

L'état général est excellent, mais l'abdomen très distendu et tympanique. Pas de selle depuis sept jours.

Le malade raconte que, très régulier au point de vue digestif jusqu'à il y a cinq ans, il a commencé à être atteint à cette date, dans une usine de produits chimiques, à Paris, d'une constipation progressive, n'allant plus à la selle que tous les quatre ou cinq jours.

Ses efforts entraînent une hernie inguinale bilatérale douloureuse et vite volumineuse, qui est opérée à Saint-Louis il y a quatre ans.

Pendant la convalescence après cette opération, des douleurs apparaissent. Les périodes de constipation durent de six à huit jours et parfois jusqu'à quinze jours. A la fin de ces périodes, le ballonnement abdominal est extrême. L'état général reste excellent, malgré le manque d'appétit, les maux de tête et les douleurs qui deviennent assez vives, parcourant l'abdomen en ondes et surtout intenses dans la fosse iliaque gauche. Jamais de vomissements. Après force purgatifs, des scybales finissent par être émises avec quelques gouttes de sang, il y aurait eu en même temps des hématuries.

Aucun antécédent notable: paludisme dans l'enfance; éthylisme il y a six ou sept ans. Pas de syphilis.

L'abdomen est particulièrement douloureux dans la fosse iliaque gauche et l'on sent dans cette région une tuméfaction gazeuse tendue. On pense à un dolichosigmoïde ou à une distension colique en amont d'adhérences opératoires.

Examen radioscopique: transit intestinal; estomac s'évacuant lentement. Pylore et bulbe un peu sensibles et fixés.

Lavement baryté: boucle complète sur le sigmoïde, allongement du colon iliaque et transverse en U: dolichocolon ilio-pelvien, sans mégacolon.

L'examen général est relativement satisfaisant. Il permet de découvrir un gros calcul de la vessie et des signes pulmonaires importants.

Tension artérielle: 10 1/2 — 7 1/2 au Vaquez.

Urée sanguine: 0 gr. 30.

Urines: normales.

Le 17 Janvier 1934 après une minutieuse préparation sous rachianesthésie très efficace (7 centigrammes de scurocaïne dans le 3^{me} espace lombaire), laparotomie médiane, sus et sous-ombilicale.

Le sigmoïde est relevé contre la paroi abdominale antérieure, atteint de péricolite surtout au pied de son méso. Extériorisation du sigmoïde par une incision iliaque gauche.

Sutures au catgut des séreuses intestinales et pariétales et des séreuses des deux bouts du sigmoïde de part et d'autre de son méso

Quarante-huit heures après, ouverture du bout supérieur au thermo et mise en place d'un gros drain. Il vient du gaz et des matières liquides. Le ventre, qui était ballonné s'affaisse.

Ligature de deux ou trois artérioles de la paroi intestinale qui saignent.

Peu de fièvre dans les jours qui suivent l'opération, mais pouls rapide à 120. Lavage d'estomac au bout de quarante-huit heures.

Le 21 Janvier résection du segment extériorisé. Hémostase minutieuse du méso.

Le 25 janvier la température est à la normale.

Le 7 mars on tente d'entérotomiser l'éperon, et, le 28 mars on entreprend la cure de l'anus par voie extrapéritonéale, sous anesthésie locale.

Echec.

Le 12 Mai, cure intrapéritonéale.

Suites fébriles: température à 39° qui retombe seulement au bout de douze à quinze jours à 37°.

Une fistulette persiste assez longtemps; elle finit par se fermer spontanément et l'opéré sort guéri le 19 Juillet 1933, sept mois après son entrée à l'hôpital.

Le malade est revu en décembre en excellent état général. Le 15 Décembre 1933, examen radiologique (Dr Blondeau) (lavement baryté):

Côlon sigmoïde extrêmement court.

A hauteur du côlon iliaque image de spasme et douleur.

La baryte injecte constamment le reste du côlon qui est un peu hypotonique légèrement dilaté.

VOLVULUS TRAITÉS PAR RÉSECTION ET SUTURE TOTALE IMMÉDIATE

OBSERVATION N° 60

ROUX-BERGER. — « In Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie », Avril 1925

Mégacôlon recto-sigmoïdien tordu. Opération. Guérison

M^{me} G..., 50 ans, opérée le 23 Mars 1923 pour un volvulus sigmoïde récidivé datant de vingt-quatre heures, déjà opérée par moi un an auparavant (5 Février 1922) au troisième jour du même volvulus alors seulement détordu.

Colectomie de 47 centimètres de gros intestin représentant le côlon iliaque gauche, colorrhaphie termino-terminale à trois plans, en une seule séance. Guérison simple, aucun trouble fonctionnel depuis.

OBSERVATION N° 61

ROUX-BERGER.

M. Chel..., 26 ans (Hôpital Cochin), opéré le 12 Novembre 1924 pour un volvulus datant de moins de vingt-quatre heures, opéré déjà un an auparavant à Constantinople pour détorsion simple. C'est un volvulus du côlon sigmoïde avec distension secondaire des côlons transverse et ascendant. L'intestin est en bon état. Colectomie du côlon iliaque gauche énorme, colorrhaphie termino-terminale à trois plans sans fistulisation, en un seul temps. Guérison simple.

Sortie de l'hôpital le 2 Décembre 1924.

OBSERVATION N° 62

ROUX-BERGER.

M. S..., 68 ans, opéré le 28 Février 1925 pour une obstruction datant de trois jours. Enorme volvulus du côlon sigmoïde. Détorsion facile,

intestin en bon état se vidant bien de ses gaz par simple expression. Malade fatigué, on se contente de la détorsion. Guérison simple, mais le malade garde un intestin distendu, énorme, contrôlé par la radioscopie. Il accepte l'intervention complémentaire faite le 31 mars. Je trouve un côlon iliaque gauche nettement distendu, replié en deux anses intimement accolées en canons de fusil par une mésentérite rétractile intense, la torsion à la base est très facile et tend à se faire spontanément.

Colectomie de l'anse repliée et colographie termino-terminale en un seul temps.

OBSERVATION N° 63

BACHY, de St-Quentin. — « In Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie », Novembre 1931

Volvulus de l'S iliaque. Résection et suture. Guérison

Le 20 mars 1929, M. Cl..., homme âgé de 59 ans, m'est adressé par le Dr A. Puche, de Ham, pour un syndrome d'occlusion intestinale coïncidant avec une volumineuse hernie inguinale droite devenue très douloureuse.

A son arrivée à l'hôpital le dimanche 17 mars, cet homme qui porte sa hernie depuis onze ans et qui n'en a jamais souffert, a été pris d'une douleur vive siégeant dans tout l'abdomen, en même temps la circulation des matières et des gaz est complètement arrêtée, il n'a pas été à la selle, il n'a rendu ni glaires ni sang.

Dans les journées des 18 et 19 l'état est resté le même, la distension de l'abdomen s'est accrue, le malade présente un état nauséeux, mais ne vomit pas. L'état général reste excellent.

Le 20 Mars 1929, quand je l'examine, trois jours après le début des accidents, on trouve une hernie inguinale droite grosse comme le poing, non réductible par un taxis modéré, le collet de cette hernie n'est pas spécialement douloureux, elle est sonore à la percussion.

Le poulx est normal, la température est à 37°5 les urines ne renferment rien d'anormal.

L'arrêt des matières et des gaz est complet, le malade a envie de vomir, la langue est saburrale.

Dans ces conditions on fait sans hésiter le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée en pensant à un étranglement possible d'une hernie par glissement du caecum, étant donné la conservation du bon état général.

Intervention sous anesthésie locale, consistant en l'incision du canal inguinal qui permet de découvrir, d'ouvrir et d'inspecter un sac herniaire qui ne présente aucun étranglement, qui est rempli d'anses grêles disten-

dues mais non étranglées et qu'on rentre dans le ventre facilement par un anneau très large.

Devant ces constatations le diagnostic de hernie étranglée est abandonné.

Un essai d'exploration de l'abdomen par l'index à travers l'anneau distendu ne donne aucun résultat dans ces conditions on résèque le sac de la hernie et on fait une cure radicale à la soie et on pratique séance tenante la deuxième intervention.

On pratique une laparotomie médiane: le malade est endormi à l'éther, mis en position légèrement inclinée.

La laparotomie permet de découvrir un volvulus complet de l'S iliaque. L'étranglement produit par la torsion commence en haut du promontoire, en bas elle s'arrête nettement au-dessus de la portion inférieure de cette anse iliaque, elle laisse en dessous d'elle une portion du gros intestin sain, suffisamment mobile, pour être amené librement dans l'incision et être facilement manœuvré: l'anse tordue sur son méso est noire, infiltrée, la séreuse a perdu ses caractères brillants, le méso, est épaissi, noir, gorgé de sang, les vaisseaux mésentériques sont certainement thrombosés.

Dans ces conditions, étant donné, d'une part, les lésions de l'anse malade et, d'autre part, la mobilité du caecum sous-jacent, on décide de pratiquer la résection de la portion tordue de l'S iliaque. Deux clamps intestinaux très souples ayant été placés en amont sur le côlon descendant, pour éviter tout reflux du contenu intestinal, un clamp souple intestinal étant placé sur le rectum, le champ opératoire étant convenablement garni de compresses humides et chaudes, l'anse est réséquée.

Après nettoyage des surfaces de section au sérum chaud et attouchement à la teinture d'iode, on fait une suture des anses intestinales bout à bout, à la soie fine avec une aiguille de couturière n° 35 suture en deux plans, l'épiploon est amené autour de la suture pour consolider la suture, le ventre est fermé sans drainage.

Le malade reçoit immédiatement 20 cent. cubes de sérum salé à 10 % dans les veines du bras et on lui injecte 1 litre de sérum sous la peau.

Les suites opératoires sont absolument simples, on laisse le malade à la diète absolue, il commence à boire de l'eau au bout de dix-huit heures par petites quantités et, comme il ne vomit pas, on augmente à partir du deuxième jour on lui donne un peu de bouillon de légume clair à boire.

On le maintient à une diète hybrique presque complète pendant quatre jours.

Il reçoit pendant ces jours 1 litre de sérum sous la peau, le troisième jour il commence à rendre des gaz, on augmente un peu l'alimentation, on attend le huitième jour pour le faire aller à la selle, on lui donne une purgation d'huile de ricin et on le nourrit dès lors convenablement: il sort le dix-huitième jour complètement guéri.

Ce pauvre homme devait connaître toutes les transes des différentes variétés d'occlusion intestinale.

M. Cl... avait repris ses occupations et jouissait d'une santé parfaite, lorsque le 19 Avril 1929, qui était un vendredi, le soir, il était pris subitement d'une douleur vive dans le ventre, douleur en coup de poignard presque syncopale, en même temps, il était pris de vomissements d'abord alimentaires, puis biliaires; il essaya de prendre un peu d'eau froide; cette ingestion provoqua des vomissements incessants.

La douleur siégeait dans tout le ventre et ne présentait pas de localisation spéciale. Dans les heures qui suivent, le malade notait un arrêt complet des gaz et des matières.

Son médecin, appelé lui fit mettre de la glace sur le ventre, une piqûre de morphine et lui conseilla de ne plus rien prendre. La douleur s'apaisa, les vomissements cessèrent et tout sembla se remettre en ordre.

Le lendemain, samedi 20 Avril, le malade était tranquille, le Dr Pu- che le laissa à la diète et lui fit une piqûre de morphine. Il lui fit aussi injecter sous la peau 1 litre de sérum salé, le malade affirmait que quelques gaz s'étaient échappés, mais qu'il n'avait pas été à la selle.

Le dimanche matin, le malade était repris de douleurs et de vomissements, ceux-ci prenaient le caractère fécaloïde.

Dans ces conditions, le docteur me renvoya ce malade à l'Hôtel-Dieu: je n'hésitais pas un seul instant à réintervenir.

Intervention le 21 avril, à midi. Anesthésie éther.

Laparotomie médiane, le champ opératoire étant protégé. On se porte au niveau de l'anastomose faite un mois auparavant, on découvre alors un étranglement d'une anse grêle serrée contre la paroi postérieure par une autre anse dont le sommet est venu se souder sur la suture colique, malgré l'épiploon greffé sur cette suture; on libère le sommet de cette anse adhérente et on recouvre la petite surface cruentée d'une greffe épiploïde. L'anse est dégagée: on voit l'intestin grêle se remettre à fonctionner, l'abdomen est refermé sans aucun drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples; le cours des matières se rétablit au bout de trente-six heures; le malade reçut une injection de sérum salé hypertonique dans les veines (20 cent. cubes à 10%).

Il reçut du sérum le lendemain et le surlendemain et comme son état général est très bon on le réalimente progressivement après l'avoir purgé le quatrième jour.

J'ai eu l'occasion de revoir ce malade le 1^{er} mars 1930, il se maintient cette fois parfaitement guéri et espère n'avoir plus d'accidents intestinaux.

OBSERVATION N° 64

DELORE et BISCH. — « In Revue de Chirurgie », 1932

Résection. Suture complète termino-latérale. Mort

Garçon de 18 ans, opéré en état d'occlusion intestinale le 10 Août 1916.

Laparotomie sous-ombilicale : on trouve un mégacôlon énorme avec distension du caecum lui-même. Le bout inférieur est du calibre d'une anse grêle, alors que le bout supérieur a presque le calibre d'un estomac.

On pratique la résection du côlon sigmoïde après ligature du méso.

L'extrémité supérieure dilatée est suturée complètement et sur son côté l'on abouche l'extrémité inférieure plus grêle.

L'opération est correcte et se passe sans incident.

Tout le côlon sigmoïde enlevé est rempli de matière fécales dures ; il est à craindre qu'il n'y en ait également en amont dans les côlons descendants, transverse, et dans le caecum.

Les suites opératoires sont bonnes les trois premiers jours, puis les accidents d'occlusion reprennent et le malade succombe à des accidents de péritonite subaiguë au bout de 10 jours,

OBSERVATION N° 65

Paul MOURE et AUMONT. — « In Bulletins et Mémoires
de la Société Nationale de Chirurgie » Mai 1925

Volvulus d'un mégacôlon pelvien. Résection, suture latéro-latérale.

Guérison

M^{me} B..., âgée de 41 ans, entre le 19 Octobre 1922, à 19 heures, à Beaujon, salle Malgaigne pour un syndrome d'occlusion intestinale : elle avait été prise deux jours auparavant, de douleurs abdominales très violentes, survenant sous forme de coliques intestinales, se répétant par crises coupées de périodes dans lesquelles il ne persistait qu'une endolorissement supportable, en sorte que la malade, qui gère une maison de commerce, avait pu rester à son poste ; en même temps que ces coliques la malade éprouvait des nausées mais n'eut aucun vomissement, elle ne rendit ce jour-là aucun gaz par l'anus ; constipée chronique, elle n'était pas allée à la selle depuis déjà douze jours. Ces paroxysmes douloureux, qui se répètent presque tous les quarts d'heure, ne cessent pas pendant la nuit de lundi à mardi, pas plus que dans la matinée de ce jour-là. Et cependant la malade peut rejoindre son magasin et prendre le tramway pour retourner

chez elle le mardi soir. Dans la nuit de mardi, veille de son arrivée à Beaujon, la scène s'aggrave; la malade a « crié » toute la nuit, dit-elle souffrant de façon constante, n'ayant rendu ni gaz ni matières. Le mercredi matin, elle fait appeler son médecin qui prescrit lavement, suppositoires belladonnés; ceux-ci calment un peu les douleurs. Mais il adresse d'urgence la malade à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons néanmoins, un aspect général assez bon, qui ne laisse pas de surprendre un peu après ce long passé abdominal, le faciès est très altéré, légèrement anxieux; le pouls bien frappé, bat à 90; la température est à 38°4. L'abdomen est légèrement ballonné et ce ballonnement paraît localisé au pourtour de l'ombilic empiétant légèrement sur la fosse iliaque droite plus que sur la gauche. A jour frisant, cette saillie est beaucoup plus nette et paraît encadrée. Au cours de cette inspection, tandis que la malade se plaint de coliques, nous voyons se dessiner des ondes péristaltiques presque transversalement dirigées de gauche à droite à trois travers de doigt au-dessus du pubis, venant mourir dans la fosse iliaque droite; le palper montre un ventre souple, non contracturé, non douloureux, sauf en une petite zone située à droite de la ligne médiane, sur la ligne bi-iliaque; on sent dans cette région une masse mobile, que l'on prend pour une anse grêle contractée: il existe une légère matité dans les flancs, sans que nous puissions affirmer qu'il y avait un épanchement concomitant: la matité hépatique est normale; au toucher vaginal combiné au palper, on constate l'existence d'un petit fibrome mobile, non enclavé. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement; l'ampoule rectale est vide.

Cette femme nous dit avoir eu, à 18 ans, un mal de Pott, avoir un mari tuberculeux; aussi pensons-nous pouvoir peut-être rapporter les accidents actuels à une occlusion intestinale par bride péritonéale, reliquat d'une péritonite bacillaire.

M. MOURE, Chirurgien de garde, appelé voit la malade à 3 heures du matin et décide l'opération immédiate: rachianesthésie 8 cent. cubes de stovaine.

Dès l'ouverture de l'abdomen par coeliotomie médiane sous-ombilicale, prolongée dans la suite un peu au-dessus de l'ombilic (coeliotomie autorisée de par le bon état général et le peu de distension abdominale), une anse énorme vient saillir par la plaie. Il s'agit d'une portion du gros intestin, formée par deux anses dilatées, accolées en canon de fusil à leur base; de couleur presque normale, sans altération appréciable des parois, hormis leur état de distension qui leur donnait la taille d'un poing d'adulte: l'anse s'accouche facilement sur des champs humides. Le petit bassin qu'elle démasque, montre un fibrome et un épanchement séro-hématique peu important qui est épongé. En examinant les choses de plus près, on constate qu'il s'agit d'un volvulus de l'anse sigmoïde que l'on détord en faisant tourner en masse l'anse de droite à gauche de deux tours complets; l'anse appar-

tient au côlon iléo-pelvien; elle se continue en bas avec le rectum qui paraît distendu, en haut avec le descendant qui, comme tout le cadre colique, est légèrement dilaté; le grêle est normal et la dilatation porte exclusivement sur le cadre colique; les deux moitiés de l'anse volvulée sont réunies près de leur pied par une mésosigmoïdite rétractile qui les fixe là l'une contre l'autre au-dessus elles s'écartent l'une de l'autre. Nous décidons la résection de l'anse au-dessus de la base d'accolement, résection qui est faite sans écrasement préalable, entre deux pinces à coprostase, puis les deux bouts coliques sont soigneusement fermés par une suture totale et un surjet séro-séreux d'enfouissement rendu facile par le bon état des parois intestinales qui sont seulement oedématisées, mais que le fil de lin ne coupe pas.

On termine par une anastomose latéro-latérale, à 5 cent. environ des deux bouts de l'anse réséquée fermés en caecum, et solidarisés par un surjet séro-séreux. Les deux anses déjà adossées et accolées par leur face postérieure se prêtent tout naturellement à l'établissement d'une anastomose latéro-latérale très large. Nettoyage de l'abdomen: l'intestin est remis en place. Avant de fermer le ventre, on fait une caecostomie de dérivation, plaçant dans le cône caecal évaginé une sonde de Nélation qui y est fixée: fermeture au fil de bronze avec agrafes sur la peau sans drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples. Aucune réaction abdominale; la température reste au-dessous de 38° jusqu'au huitième jour, puis redevient tout à fait normale. La fistule caecale ne fonctionne que pour les gaz et encore à condition de l'amorcer par de petits lavages à la sonde. Au huitième jour, on commence à donner avec précautions quelques lavements huileux, qui, le dixième jour, déterminent une première évacuation; la malade se lève le quinzième jour en état de guérison.

Or, en examinant à nouveau la malade pour rédiger notre observation, nous fûmes frappés par un certain nombre de faits restés dans l'ombre au moment de l'intervention, l'histoire personnelle de la malade mérite, en effet d'être longuement racontée.

En parfaite santé jusqu'à 18 ans, elle fit à ce moment un mal de Pott. Elle fut d'abord plâtrée, puis mise en décubitus dorsal, sans plâtre, sur une planche, elle y resta trois ans. Pendant toute cette période elle conserva une faiblesse musculaire des membres inférieurs, en même temps qu'une incontinence légère des urines, ainsi qu'une insuffisance du sphincter anal, du moins pour les gaz. De plus, à partir de ce moment, s'installa une constipation tenace.

Depuis cette période, la malade souffre de l'estomac; elle est obligée de s'étendre après les repas pendant 20 à 30 minutes, elle a des digestions difficiles, obligée de sélectionner ses aliments; l'intestin reste très paresseux, la constipation reste telle que la malade peut rester huit jours sans

aller à la selle; pour obtenir une évacuation elle est obligée de recourir à de nombreux artifices et comme elle dit « de se déboucher avec les doigts ».

Jamais cette constipée ne vomit: elle ne maigrit même pas, mais, par contre, elle avait déjà présenté plusieurs crises, miniatures de celle qui l'amena à l'Hôpital. Ces crises duraient seulement deux à trois heures, douleur sourde, ne s'accompagnant pas de vomissements, revêtant le type de coliques intestinales; en même temps la malade éprouvait une sensation de ballonnement intestinal qui commençait sur la ligne ombilico-pubienne, puis tournait progressivement vers la fosse iliaque droite, le flanc droit pour descendre ensuite symétriquement du côté gauche, pendant que le gonflement s'effaçait en amont. Ces crises se terminaient sans être suivies d'aucune évacuation intestinales, ni d'aucune diarrhée.

D'autre part, la malade avait présenté des troubles urinaires, caractérisés par de la pollakiurie diurne et nocturne avec incontinence nocturne, et dans la journée miction impérieuse sans douleurs vésico-rénales. Actuellement, urines claires, capacité vésicale augmentée; l'urine totale centrifugée ne contient que de très rares polynucléaires, avec très nombreux colibacilles, sans bacilles de Koch.

Aucun trouble hépatique, aucune affection pleuro-pulmonaire ou cardiaque, mais par contre troubles nerveux importants, céphalée rebelle quotidienne avec, il y a trois ans, accès de migraine ophtalmique: d'autre part, outre l'atonie gastro-intestinale et l'insuffisance des sphincters, on note une double parésie des membres inférieurs, portant surtout sur la motilité: la malade sent souvent ses jambes se dérober sous elle, les muscles sont atrophiés, les réflexes rotuliens très diminués, pas de Babinski, pas de trépidation épileptoïde. L'examen du rachis fait constater une légère gibbosité dorsale, vers la première dorsale.

Revue trois mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison reste complète, la constipation s'est un peu améliorée, le lavement baryté administré sous le contrôle des rayons par M. Friedel, un mois après l'opération, a permis de constater le remplissage facile du rectum, du côlon descendant. La bouche anastomotique ne devient visible qu'après remplissage du côlon ascendant non dilaté.

Après avoir réséqué cet énorme côlon pelvien, qui remplissait tout l'abdomen, nous avons constaté que les deux bouts intestinaux restaient fixés par leur face postérieure et qu'ils étaient maintenus en canons de fusil par la rétraction du méso.

Nous avons pensé qu'il était plus simple de respecter cet accolement et d'en faire usage pour établir une bouche latéro-latérale, nous aurions été dans l'obligation de pratiquer un décollement colo-pariétal qui eût certainement entraîné des difficultés opératoires plus grandes. Au contraire,

cette bouche latérale a pu être effectuée avec la plus grande simplicité, sans aucun tiraillement, car les deux bouts coliques étaient maintenus accolés par des adhérences anciennes. C'est à ce fait qu'est certainement due la bénignité des suites opératoires.

La fistule caecale de sécurité, établie comme dernier temps opératoire, s'oblitéra spontanément, n'ayant laissé passer que des gaz pendant quatre ou cinq jours.

La malade revue trois mois après son opération, présente un ventre plat, mais elle est toujours constipée.

La radioscopie montre que la bouche fonctionne bien.

La malade a été revue ces jours-ci en excellent état.

CHAPITRE XI

CONCLUSIONS

CHAPITRE XI

CONCLUSIONS

Le volvulus du côlon pelvien est une affection qui peut survenir dans les deux sexes et à tout âge de la vie. Cependant, elle se rencontre surtout chez des hommes âgés de 40 à 70 ans, appartenant à des races pauvres, inférieures et menant une vie rude et primitive.

Les habitudes ancestrales, le jeûne rituel, la rareté, la pauvreté de leurs repas, font de ces hommes des hypo-alimentés et il ne fait pas de doute que cette carence alimentaire joue un rôle important dans la fonction glandulaire et le fonctionnement du système sympathique. C'est cette dystonie neuro-végétative qui entraînerait la distension du côlon; l'allongement, dû à la constipation pour les uns, à la congénitalité pour les autres, faciliterait l'allourdissement progressif de l'anse et sa torsion.

Cette affection est très fréquente en Afrique du Nord et plus spécialement dans le Département de Constantine, la moins fortunée des cinq régions françaises et où les Indigènes des Hauts-Plateaux ont, pour la plupart, une vie misérable.

Le diagnostic de cette affection est très faisable. Il suffit, en présence d'une occlusion basse, d'y songer, et de rechercher les signes importants sur lesquels ont insisté VON WAHL, BAYER, KIWUL et leurs élèves.

La radiographie sans préparation peut apporter de précieux éléments à l'élaboration de ce diagnostic.

« Tout cas diagnostiqué de volvulus appartient au chirurgien. »

On ne peut pas dire qu'il existe une méthode idéale et unique de traitement. Chaque cas de volvulus est différent du précédent, comme le suivant le sera de celui-là; chacun d'eux nécessite la mise en pratique d'une technique différente.

A. — Lorsque l'on se trouve en face d'un vieillard présentant une torsion d'un vieux dolicho ou mégacôlon qu'il a très bien supporté jusqu'à l'accident, et si l'anse n'est pas menacée de gangrène, la colopexie apparaît comme la méthode la plus prudente et la plus rationnelle. La technique de M. le Dr OULIÉ nous a toujours donné satisfaction.

B. — Une anse de teinte foncée, noirâtre, offrant des points menacés de sphacèle, des lésions de mésentérite très importantes, une circulation mésocolique bloquée à cause de la striction supportée, indiquent impérieusement l'abrasion de l'anse.

L'extériorisation et la résection avec abouchement des deux bouts intestinaux à la peau, comme le conseillait LECÈNE, sont indiquées. La cure de l'anus et la restauration de la continuité intestinale se feront dans un second temps.

C. — Il semble, enfin, que l'on soit autorisé à pratiquer l'opération empruntée à VOLKMANN et adaptée au volvulus par DELORE et GOINARD, dans des cas bien définis. On la pratiquera lorsque chez un sujet relativement jeune, en bon état général, avec un côlon dont les tuniques permettront les sutures (très importantes évidemment), on veut faire une cure idéale de dolichosigmoïde.

Cette résection, suivie « d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire in situ », est appelée à donner des résultats encourageants.

Devant la gravité de cette affection, son évolution toujours fatale, il faut un diagnostic précoce du médecin et un recours immédiat au chirurgien.

« Précocité de diagnostic, précocité de l'intervention, voilà les conditions du succès. » (FORGUE.)

CHAPITRE XII

BIBLIOGRAPHIE

CHAPITRE XII

BIBLIOGRAPHIE

- ACHMATOWICZ LÉON (Wilno). — 61 cas de volvulus de l'anse sigmoïde et quelques observations sur leur traitement opératoire. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 1934, pp. 372-386.
- ALGLAVE. — A propos du volvulus de l'S iliaque — *Bull. et Mém. Société Nationale de Chirurgie de Paris*, 9 Mars 1921.
- ALLARD. — Le volvulus de l'anse oméga. — *Thèse de Lyon*, 1900.
- ANCEL ET CAVAILLON. — L'évolution du mésentère commun chez l'homme. — *Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, 1907.
- RUBERT ET WEILL. — Deux cas de volvulus. — *Marseille Méd.* n° 9 — 1^{er} mai 1910.
- AUBOURG. — Archives d'électricité médicale et radiologique de l'intestin, 1911. — *Bull. de la Société de l'Internat de Paris*, 1911.
- BACHY. — Volvulus de l'S iliaque. — Deux observations. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 28 Nov. 1931.
- BANZET PAUL. — Volvulus du côlon pelvien et grossesse. — *Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 17 Mars 1934.
- BARADOULINE (Moscou). — Un cas de volvulus récidivé de l'anse sigmoïde, opération radicale. — *Chirurgui* n° 169, Janvier 1911.
- BARJON. — Examen radioscopique de 3 cas de mégacôlon. — *Arch. d'électricité médicale*, 10 Janvier 1912.
- BARIE ET DU CASTEL. — Epithélioma cylindrique de l'S iliaque ayant produit des phénomènes d'étranglement interne: diagnostic différentiel entre le cancer et le volvulus. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1879.
- BARTHELEMY. — Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade. — (Maloine, éditeur).

- BERLIN L. B., TARNOPOLSKAYA P. D. ET GRANAT C. T. — Le dolichocôlon sigmoïdien et sa valeur clinique. — *Arch. des Mal. de l'app. dig et des Mal. de la Nut.*, T. XXV. N° 4, Avril 1935.
- BERNARD. — Sur le dolichocôlon. — *Revue de Méd. et Chir.*
- BERNARD A. ET A. DE TAYRAC. — Les dolichocôlons, étude pathogénique. — *Gaz. hôp.*, 22 Juin 1935, page 861).
- BLOCH ET BLONDIN. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1^{er} Mai 1933.
- BLOODGOOD (Baltimore). — Volvulus de l'S iliaque opéré 3 fois. — *Annals of Surgery*, T. XLIX, N° 2, Février 1909.
- BOBIER. — Le volvulus de l'anse oméga. — Son traitement. — *Thèse de Paris*, 1896, N° 386.
- BONNECAZE. — *Thèse de Paris*, 1924.
- BONNET. — Volvulus du côlon pelvien. — *Sté de Chir. de Lyon*, 1^{er} Décembre 1921.
- BOURDE YVES. — Colectomie segmentaire avec suture incomplète des 2 bouts. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 18 Mars 1936.
- BOZON. — Torsion du côlon pelvien — Résection en un temps avec fistulisation temporaire. — *Sté Nat. de Méd. et des Sciences Méd.*, séance du 21 Mai 1930.
- BROCA. — Rapport. — *Bull. et Mém. Sté de Chirurgie*, 23 Juin 1897.
- BRAUN H. — Über die opérative Behandlung der Flexurea Sigmoidéa. — *Arch. für Klin. Chir.*, T. XLIII, 1892.
- BREHM. — Mesosigmoïdite rétractile. — *Arch für Klin. Chirurgie*, 1903, B. LXX, page 267.
- BRONDSCHUH (Fribourg). — A propos du volvulus du gros intestin. — *Beitrag zur Klinischen Chirurgie*, T. LXXXV, fasc. I, 1913.
- CASE. — X ray examination of the alimentary tract., t. III.
- CAIN ANDRÉ ET MEYER ANDRÉ. — Le diagnostic radiologique des obstructions du gros intestin par l'examen radiologique direct et sans préparation. — *Revue Médicale française*, Mars 1932.
- CATZ. — Sigmoïdites et perisigmoïdites. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907, page 15.
- CAVAILLON P. ET DELVOYE E. — Le volvulus du coecum, étude clinique et thérapeutique. — *Rev. de gynécologie et de chir. abdominale*, t. X, 1906.

- CAWADIAS. — La palpation méthodique du gros intestin. — *Presse Médicale*, 2 Nov. 1912.
- CARAYANNOPERCLOS G. (Athènes). — Un cas de mégacôlon — volvulus suivi de reposition — colectomie totale secondaire. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 15 Nov. 1933.
- CHALIER. — Volvulus du côlon pelvien. — *Sté Nat. de Méd. de Lyon*, 29 Avril 1912.
- CHENUT A. — Volvulus de l'anse sigmoïde. — *Sté Anato-mo-clinique de Bordeaux*, séance du 22 Avril 1929.
- COHEN. — Dolichocôlon chez un enfant de 5 ans. — *Soc. Clin. Hôp. Bruxelles*, 12 Novembre 1934.
- COLEYET CHAFFEE. — Volvulus de l'anse sigmoïde. — *Soc. de Chir. de New-York*, Mars 1909.
- CROISIER. — Volvulus chronique du côlon pelvien. — *Sté de chir. de Paris*, séance du 7 Mars 1930.
- DANIELSON W. — Uber den volvulus des ganzen Dünndarmes und ansteigenden Dickdarmes. — *Chir.*, 1906, T. XLVIII.
- DECLoux ET RIBADEAU-DUMAS. — Article occlusion — *Manuel d'Histologie pathologique de Cornil et Ranvier*, 3^{me} édition.
- DE LA MARNIERE. — Quatre cas de volvulus de mégacôlon pelvien traités par résection en plusieurs temps. — *Bulletins et Mémoires de la Sté Nationale de Chirurgie*, 1^{er} Juin 1932.
- DELAYE. — Valeur et signification de l'épanchement séro-hématique intrapéritonéal dans l'occlusion intestinale aiguë. — *Thèse Lyon*, 1913.
- DELKESKAMP (Garre). — Sur le volvulus de la flexure sigmoïde dans la maladie de Hirschprung. — *Müch Med. Woch.*, 1906.
- Torsion d'un mégacôlon (In Gayet et Patel).
- DELORE. — A propos du traitement du volvulus du côlon sigmoïde. — *Revue de Médecine*, 1911.
- A propos du mégacôlon de l'adulte. — *Revue de Méd.*, Octobre 1911.
- Volvulus du côlon pelvien. — *Lyon Chirurgical*, Janv.-Fév. 1933.
- Torsion d'un mégacôlon. — *Revue de Chirurgie*, Octobre 1911.
- DELORE ET BISCH. — A propos du traitement du volvulus du côlon pelvien chez l'adulte. — *Revue de Chir.*, 1932.
- DELORE ET GABRIELLE. — A propos du magocôlon. — *Soc. Chir. Lyon*, 27 Mai 1935.

- DESTOT. — La statique et le fonctionnement du gros intestin. — *Soc. de Chir. de Lyon*, 2 Juillet 1908.
- DUCASTEL ET BARIE. — V. Barié et Du Castel.
- DUPLAY-RECLUS (In). — Volvulus de l'S iliaque. — *Traité de chirurgie* (Jalaguier), T. VI, 1898.
- DUROUX. — Volvulus du gros intestin. — *Revue gynécologie et chirurgie abdominale*, 1912, t. XIX.
- DUROUX ET MANGINI. — Volvulus du colon pelvien — *Lyon Chirurgical*, 1912, Janvier.
- DUVAL P. — Traitement chirurgical du cancer du colon pelvien. — *Thèse de Paris*, 1901-02.
- de la mésentérique rétractile. — *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, 1907.
- P. DUVAL, H. BECLERE, P. PORCHER. — La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion aiguë. — *Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 2 Mars 1935.
- P. DUVAL. — Traitement du mégacolon. — *Revue de Chir.*, sept 1909.
- DU CATTEL ET BARIE. — Epithélioma cylindrique de l'S iliaque ayant produit des phénomènes d'étranglement interne: diagnostic différentiel entre le cancer et le volvulus. — *Bull. de la Sté d'Anatomie*, 1879.
- FERRARI (d'Alger). — *Bull. et Mém. Sté de Chir. de Paris*, 12 Décembre 1925.
- FERNSTROM B. — Contribution à l'étude du volvulus du côlon sigmoïde et spécialement de sa forme chronique — technique de la résection colique. — *Acta Chir. Scandinavica*, vol. LXI, fas. 2 et 3 déc. 1926.
- FEVRE ET FOLLIASSON — Mégacolon total chez un enfant de 4 ans — Crises d'obstruction intestinale répétées — anus iliaque droit — résection du côlon iléo-pelvien — Guérison. — *B. et M. Sté Chir.* 11 juin 1932.
- FILIPPINI. — Le volvulus du sigmoïde. — *Bolletino*, t. 9, n° 2, avril-juin 1935, page 67-248.
- FINOCHIETTO. — *Revista di Chirurgia*, 1927.
- FORGUE. — Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S iliaque. — *Presse Médicale*, 10 Janvier 1920, N° 3.
- FRANKENTHAL. — Volvulus du côlon pelvien et traumatismes. — *Deut. Mediz. Wochenschrift*, n° 20, 17 Mai 1929.

- FREDET. — Traité d'anatomie de Poirier et Charpy.
- FROLICH. — Rapport par Broca. — *Bull. et Mém. Sté de Chirurgie* Paris, 15 Mai 1901.
- GLATZEL J. — *Chirurgja Kliniczna* I. I., 1929.
- GATELIER ET MERLE D'AUBIGNE. — A propos du traitement du mégacôlon par les opérations sympathiques. — *Arch. mal. app. dig.*, Juillet 1935, page 681.
- GAYET. — Mégacôlon. — *Soc. de Chir. de Lyon*, 16 Juin 1910.
- GAYET ET PATEL. — Le traitement du mégacôlon chez l'adulte. — *Lyon Chir.*, n° 3, 1^{er} Mars 1911.
- GERNEZ. — Discussion rapport Ockinczyc. — *B. et M. Société Nationale de Chirurgie*, 28 Novembre 1931.
- GEROTA D. — Volvulus récidivant d'un mégacôlon. — *Sté des Sciences Médicales de Bucarest*, 16 Novembre 1909.
- GIFFORD NASH W. — Trois cas de volvulus du côlon sigmoïde. — *Bith. Med. Jour.*, n° 3558, 16 Mars 1929.
- GIRONCOLI (F. DE). — *Arch. el atti debila società italiana di chirurgia*, 1004, 1007, 33.
- GODART. — Anus artificiel. — *Thèse de Paris*, 1924.
- GOINARD P. ET MERZ HENRI. — L'opération du dolichosigmoïde en un temps — résection extra-péritonéale, anastomose; immédiate subtotale. — *Journal de Chirurgie*, tome 47, n° 2, Fév. 1936.
- GOINARD PIERRE ET TORREILLES. — La fréquence du dolichosigmoïde chez les indigènes nord-africains. — *Algérie Médicale*, Mars 1936.
- GRAVIROWSKY. — Volvulus de l'S iliaque au cours de la fièvre typhoïde. — *Voienno médical Journal*, Avril 1911.
- GREEN. — Volvulus de l'S iliaque et hernie étranglée interne compliquant une grossesse. — *Boston Medical and Chirurgical Journal*, 15 Février 1912.
- GRUGET. — Deux cas de volvulus du côlon pelvien. — *Bull et Mém. Sté de Chir. Paris*, 19 Déc. 1925, n° 33.
- GUEDROITZ. — Volvulus de l'S iliaque. — *Chirurgia*, Janv. 1911.
- GUÍBAL J. (de Nancy). — Trois cas de volvulus du côlon sigmoïde. — *Bull. et Méd. de la Sté Nat de Chir.*, t. LVIII, n° 19, 8 Juin 1932.

- GOINARD. — Le traitement du dolichosigmoïde volvulé ou non par résection suivie d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire « in situ ». — *Bull. et Mém. Sté Nat. Chir.*, 20 Juillet 1935.
- GOSSET A. — A propos de l'examen radiologique pré-opératoire dans l'occlusion intestinale aigüe. — *Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 9 Mars 1935.
- GUIBE. — Mégacôlon congénital, volvulus de l'S iliaque. — *Revue de Chir.*, 1907. — *Presse Méd.*, 10 Janvier 1920.
- GUILLAUME. — Les occlusions aigües et subaigües de l'intestin. — Masson, éditeur, 1922.
- GUILLEMINET. — Chirurgie du mégacôlon chez l'enfant. — *Coc. Chir. Lyon*, 6 Décembre 1934.
- GUIMBELLOT. — Le volvulus du côlon pelvien. — *Sté Anat.*, 20 Déc. 1919. — (Rapport Alglave) *Bull. et Mém Sté de Chir.*, 15 Déc. 1920. — *Rev. Med. Franç.*, Février 1932, n° 2.
- HARDOUIN PAUL. — Quatre observations de volvulus de l'S iliaque. — *Bull. S. N. Chir.*, 23 Février 1935.
- HARTMANN. — *Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie*, 23 Juin 1897.
- HAWKINS (Makiris). — Mégacôlon en volvulus (In Gayet et Patel), 1907.
- HEATON. — Volvulus récidivant de l'anse sigmoïde. — *The Lancet*, 17 Février 1912.
- HERTZ H. J. — (Rapport Okinczyc). — *Bull. et Mém. Sté de Chir.*, 29 Avril 1925.
- Trois observations de mégacôlon sigmoïde dont l'une avec volvulus — trois opérations selon la méthode de Mickiliez — trois guérisons (Rapport d'Okinczyc). — *S. N. C.*, 9 Mai 1925.
- HURST. — Achalasie anale et mégacôlon. — *Guy's Hospital Reports*, Juillet 1934.
- HODGE EDWARD B. — Volvulus de l'anse sigmoïde. — *Académie de Chirurgie de Philadelphie*, 7 Mars 1910.
- INGELRISTEN. — Volvulus de l'S iliaque. — *Lyon Chir.*, Sept.-Oct. 1919, n° 5.
- JABOULAY. — Les anus contre nature dans le volvulus — *Lyon Méd.* 1911, t. CXVI.
- Volvulus de l'S iliaque opéré par détorsion. — *Sté Nationale de Médecine de Lyon*, 16 Janvier 1911.

- JALAGUIER. — In Duplay et Reclus : traité de chirurgie — Volvulus de l'S iliaque, t. VI, 1898.
- JANKOUSKI (Riga). — Le volvulus du gros intestin. — *Deut. Zeit Schrift für chir.*, fasc. 1, 4 Sept. 1913.
- JEANNEL. — Du volvulus de l'anse pelvienne et de son traitement. — *Arch. Méd. de Toulouse*, 15 Mai 1910.
- KIURILL. — Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und chir. 1902. — Zur diagnostic des volvulus der rescura sigmoïdia.
- KLINDDT (Copenhague). — Le volvulus de l'anse sigmoïde et son traitement. — *Hospitalstidende*, n° 17 et 18 Avril-Mai 1914.
- KUSNETZOW. — Ueber achsendrehung der rexura sigmoïdia bedinzt durch narbige schumpfung des Mesenterimer derselben Wiener mé-dizinische presse, 1907.
- LALLI ET AIZIERE. — *Arch. de Méd. des enfants*, n° 4, Avril 1925.
- I.AMPE. — Le volvulus de l'S iliaque au cours des affections gynécologiques et de la grossesse. — *Deutsche Médizinische Wochenschrift*, 1909.
- LARDENNOIS G. — La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë. — *Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 16 Février 1935.
- LECENE. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. — *Rev. chir.* 10 Janvier 1910, t. XLI.
- *Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, 18 Mars 1925 (rapport).
- In thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche, T. III, 1926.
- Colectomie pour mégacôlon sigmoïde. — *Sté Nat. Chir.*, 16 Mai 1925.
- LECERCLE. — Volvulus du côlon pelvien. — *Sté Nat de Chir. Bull.*, 28 Nov. 1931.
- LEFEBVRE. — La chirurgie de la constipation. — *Thèse de Toulouse*, Janvier 1919.
- LEISCHTENSTERN (Trèves). — Retrécissements, occlusions et vices de position de l'intestin Ziemssen's Handbuch VII.
- LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence.
- LENNANDER. — Wenner Klinische Wochenschrift, 1894.
- LERICHE. — Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon. — *Soc. Chir. Lyon*, 21 Mars 1935.

- LEVEUF. — (Rapport Mocquot). — Volvulus d'un mégacôlon pelvien. — *Bull. et Mém. Sté de Chir Paris*, n° 21, Juin 1925.
- LIGAT-OVENREND. — Volvulus récidivant du côlon pelvien. — *British Journal*, n° 3792 — 1^{er} Juillet 1933.
- LITSCHENKO (Kieff). — *Chirurgia*, T. XXXIII, n° 197, Mai 19913.
- LITTLEWOOD H. — Seven cases of volvulus treated by abdominal section three reconveries — *Lancet*, 1899.
- LOUBAT. — Volvulus de l'S iliaque. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 19, Décembre 1921.
- LUQUET. — *Journal de la Société des Chirurgiens de Paris*. — Rapport Achmatowicz.
- MAKEWIN (Dorpat). — *Saint-Petersburger Medizinische Zeitschrift*, n° 4, Février 1912.
- MARCINKOUSKI (Pologne). — Volvulus de l'S iliaque. — *Przegląd chirurgiez ny i ginekologiezny*, n° 3, Nov.-Déc. 1910, t. III.
- Volvulus de l'S iliaque. — *Journal de Chirurgie*, 1911.
- MASCHCOWITZ A. V. — A new form of intestinal obstruction the methodo for preventing a recurrence of volvulus of the sigmoïde flexure. — *N. Y. and Philad. Med.* 1906, LXXXIV, 65-68.
- MATRY (Fontainebelau). — Volvulus d'un megacôlon sigmoïde — première crise — Détorsion, cure radicale après une seconde crise, résection, anastomose termino terminale, fistulisation large — fermeture de l'anus — guérison. — *Bull. et Mém. Sté Nat. de Chirurgie*, 20 Décembre 1930.
- MAZET. — Les torsions pathologiques du gros intestin — volvulus du gros intestin. — *Thèse de Lyon*, 19 Novembre 1912, n° 75067 G2.
- MERIEL. — In Le Dentu et Delbet.
- METIVET. — Discussion rapport Ockinczyc. — *B. et M. Société Nationale de Chirurgie*, 28 Novembre 1931.
- MICHELSON. — Sur le traitement du volvulus de l'S iliaque. — *Saint-Petersburger Medizin Wochenschrift*, n° 7, Février 1911.
- MILHET HENRI. — Résection en un temps avec suture totale termino-terminale extériorisée. — *Thèse Paris*, 1935 ou 35.
- MINTZ. — Sur le traitement radical du volvulus de l'S iliaque. — *Soc. Chir. de Moscou*, 27 Avril 1910.

- MONDOR H. — La radiographie dans l'occlusion intestinale. — *Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 2 Mars 1935.
- Diagnostics urgents abdomen. — Masson et C^{ie}.
- MOIROUD P. — Traitement médico-chirurgical de l'occlusion aigüe et subaigüe. — Masson et C^{ie}, édit.
- MORESTIN. — Volvulus de l'anse oméga. — *Société Anat. de Paris*, 24 juin 1910.
- Volvulus de l'S iliaque au terme de la grossesse. — *Sté Anatomique de Paris*, 7 Octobre 1904.
- MOULOUGUET ET ROUSSET. — La radiographie intestinale sans préparation dans l'occlusion intestinale aigüe. — *Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 29 Décembre 1934.
- MOURE PAUL ET AUMONT. — Résection suture latéro-latérale — guérison. — volvulus du mégacôlon pelvien. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 13 Mai 1925.
- MUTRICY H. — Volvulus du côlon pelvien. — *La Science Médicale pratique*, n° 1, 1^{er} janvier 1934.
- NETTO C. — Un cas de mégacôlon droit guéri par la section du sphincter de Cannon. — *Clinica de Biologica*, vol. 7, n° 2, 1935, page 49-53.
- OKINCZYK. — Volvulus de l'S iliaque. — *Bull. et Mém. Paris*, Oct. 1913.
- Discussion sur le volvulus de l'S iliaque. — *B. et Mém. Sté Nat. Chir.*, 12 Janvier 1921.
- Chirurgie du gros intestin. — *Presse Médicale*, 11 Octobre 1919.
- PASSLER. — Les troubles fonctionnels d'évacuation de l'œsophage du gros intestin et de la vessie (cardiospasme, mégacôlon et mégavessie). — *Der Chirurg.*, 15 Janvier 1936.
- PATEL. — Un cas d'S iliaque mobile avec volvulus incomplet. — *Soc. Chir. de Lyon*, 8 Janv. 1914.
- Chirurgie du côlon pelvien. — *Arch. Malad. de l'app. digestif Paris*, Nov. 1913.
- PATEL ET GAYET. — Le traitement du mégacôlon chez l'adulte. — *Lyon chirurgical*, 1^{er} Mars 1911.
- PAUCHET. — Volvulus iliaque diagnostic et traitement. — *Paris Méd.*, Mars 1921.
- PERLMAN (Minsk). — Megasisgmoïde — *Zentralblatt für chir.*, n° 5, Janvier 1925.

- PETROVITCH. — Torsion d'un mégacôlon. — *Journal de Chirurgie*, 1912.
- POENARO-CAPLESICO. — Volvulus récidivant d'un mégacôlon. — *Sté des Sciences Médicales de Bucarest*, 16 Nov. 1909.
- FORTE. — *Thèse de Paris*, 1913. — Mal. de Hirschprung.
- POTAIN. — Du volvulus de l'S iliaque. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1879 — 29 Novembre 1879.
- RECHNIEUSKI St. — *Polski Przegląd chirurgiczny*, I, III, 1923.
- RENDU. — De l'étranglement intestinal par double flexion de l'S iliaque sur elle-même. — *Bull. de la Sté anatomie*, 1875.
- REYNIER ET MONOD Ch. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1808, XXIV.
- ROSEEFELD. — Diagnostic et traitement du volvulus du côlon pelvien. — *Thèse de Paris*, 1926, n° 246, Legrand, édit.
- ROUX (de Lausanne). — Zur Werhutang des Recidives bei volvulus.
- ROUX. — Onze cas d'occlusion intestinale aigüe. — *Revue Médicale de la suisse romande*, 20 Janvier 1894.
- ROUX-BERGER. — Mégacôlon recto sigmoïdien tordu — opération — guérison. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 11 Avril 1925 (Discussion Victor Veau, Launay-Okinczyc).
- RUTHERFORD MORRISON. — *Edimbourg Med. Jor.* 1921.
- SAMBORSKY (Ourjoum). — Volvulus récidive de l'anse sigmoïde opération radicale. — *Chirurgia* n° 169, Janv. 1911.
- SENN. N. — The surgical treatment of volvulus. — *Med. New.*, 1889, LV, 590-598.
- SOREL (Dijon). — Torsion de l'anse oméga. — *Sté de Chirurgie de Lyon*, 21 mai 1908.
- SPASSOKOUKOTZKY (Smolensk). — *Roussky Vrach*, n° 29, t. VIII, Juillet 1909.
- STELKER (St-Petersbourg). — *Rousski Vrach*, 1919, n° 46.
- STOIAN ET COSTESCU. — Le volvulus du côlon ilio-pelvien et son traitement chirurgical. — *Riviste de Chirurgie*, Juillet-Août 1934.
- TEDENAT. — Volvulus de l'S iliaque (in thèse Trabut, Montpellier, 1908.

- TESTUT ET JACOB. — Anatomie topographie, tome II
- TEXIER. — *Lyon Chirurgical* 30-99-101, Janvier-Février 1933.
- THOMAS. — Volvulus de l'anse sigmoïde malformation du gros intestin.
— *Toulouse médical*, 1^{er} Février 1927.
- TRABUT. — Le volvulus de l'S iliaque. — *Thèse Montpellier*, 1908.
- TROMMER (1907). — Volvulus d'un mégacôlon (in Gayet et Patel, *Lyon Chirurgical*, Mars 1911).
- TURYN F. — Sur la biotypologie des porteurs de mégacôlon. — *Arch. mal. app. dig.*, Octobre 1934, p. 819.
- VANLANDE. — Volvulus d'un méga sigmoïde — colectomie en deux temps — guérison. — *Bull. Soc. Nat. Chir.*, 28 Nov. 1931.
- VERNEJOUL ET LEDOU. — Un cas de volvulus. — *Gaz. des Hôpitaux*, n° 37, Mars 1914.
- VIGUIER (Médecin-Major). — Volvulus du côlon pelvien (Rapport de Lejoirs). — *Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, Juin 1913.
- VILLETTE. — Volvulus de l'S iliaque. — *Journal des Sc. Méd. de Lille*, 29 Janvier 1922, n° 5.
- WAHL (Von). — *Arch. für Klin. Chir.*, 1888, tome XXXVII, Handl II, p. 223.
- WILKIE. — Mégacôlon tordu (In Gayet et Patel, *Lyon chirurgical*, Mars 1911).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
Chapitre 1^{er}. — Introduction	11
Chapitre II. — Embryologie	17
Chapitre III. — Anatomie	23
Chapitre IV. — Anatomie pathologique	31
Chapitre V. — Etiologie	43
Chapitre VI. — Pathogénie	51
Chapitre VII. — Etude clinique et radiologique	59
Symptomatologie	61
Diagnostic	75
Diagnostic radiologique	82
Pronostic	86
Chapitre VIII. — Thérapeutique	87
Thérapeutique chirurgicale	88
Anesthésie et soins pré et post-opératoire	121
Le pronostic opératoire	125
Le pronostic post-opératoire	127
Chapitre IX. — Volvulus du côlon pelvien et grossesse	129

	Pages
Chapitre X. — Observations	137
Volvulus traités par entérostomie.....	139
Volvulus traités par détorsion simple.....	141
Volvulus traités par colopéxie.....	144
Volvulus traités par extériorisation, résection en plusieurs temps	152
Volvulus traités par résection et anastomose in- complète	186
Volvulus traités par résection et suture totale im- médiate	192
Chapitre XI. — Conclusions	201
Chapitre XII. — Bibliographie	205



Vu: *le Doyen*,
Signé: LEBLANC.

Vu: *Le Président du Jury*,
Signé: COSTANTINI.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Alger le 11 Mai 1936.

Pour le Recteur:
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Signé: ROUYER.

IMPRIMERIE BRAHAM
2, Rue de la Concorde
CONSTANTINE

